ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

GIÀ COMPILATI DAI

Dottori OMODEI, CALDERINI E GRIFFINI

ORA DIRETTI DAL DOTTOR

MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica Medica
Prof. Rovida } Clinica Medica
Prof. A. Corradi = Medicina pubblica
Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati } Chirurgia
Dott. Porro = Ostetricia

VOLUME 233

Luglio-Agosto 1875

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1875

INDICE DEL FASCICOLO

Parte Originale.

SCARENZIO. Del valore della legatura elastica in chirurgia (con incisioni) . . . . . pag. 3
PARONA. Dell'uso della laminaria digitata negli stringimenti uretrali (con tavola litografica) . . . . . » 26
PORRO. Processo per procurato aborto. Verdetto della scienza e verdetto delle coscienze . . . . . » 42
GUIDINI. La cremazione dei cadaveri nei rapporti igienici, morali, tecnici ed artistici (con tavola litografica) . . . . . » 57
SAPOLINI. Nuovo istromento per l'estrazione dei corpi stranieri dal condotto acustico esterno (con incisione) . . . . . » 93
COMELLI. Di un caso di ristrettezza trasversale del bacino . » 103
SCOTTINI. Nevralgia bracchiale da latente sarcoma . . . . » 110
STEFANINI. Di un caso di aneurisma dell'aorta toracica . . » 117
DONATI. Tre nuovi casi di onichia maligna guariti col nitrato di piombo . . . . . » 121
BASSINI. Puntura capillare della vescica con esito felice . . » 126

Rivista.

Rivista ottalmologica del dott. Giulio Flarer . . . . . » 131
FÖRSTER. Sulla nozione clinica della coroidite sifilitica. . » 131
BRECHT. Della peritomia corneale . . . . . » 134
SCHNABEL. Sopra la dottrina delle cause della miopia . . » 135
ALEXANDER. Caso d'aracnite e trasporto di un essudato dal cervello nel bulbo. . . . . » 136
DE VECKER. Arretramento muscolare traumatico; avvanzamento per mezzo del doppio filo; guarigione . . . . . » 137
SCHMIDT. Teoria del glaucoma . . . . . » 139
SCHIESS-GEMUSEUS. Contribuzione alla terapia della miopia . » 139
POOLEY. Ferita della sclerotica curata a mezzo della sutura » 142
JEFFRIES. Due casi di zona ottalmico seguiti dalla perdita dell'occhio . . . . . » 142
THOMPSON. Istromento per la diagnosi dello stato di refrazione. Istrumento pel tatuaggio della cornea . . . . . » 143
KNAPP. Istromenti nuovi . . . . . » 144
STEVENS. Corpi splendenti nella retina . . . . . » 144
CASTORANI. Sull'estrazione lineare esterna semplice e combinata della cataratta . . . . . » 145
MAGNUS. Metodica cura dell'astenopia accomodativa a mezzo del calabar . . . . . » 146
ZEHENDER. Embolia od emorragia dell'arteria centrale della retina nell'interno del nervo ottico. . . . . » 146
MAGNUS. Delle emorragie del nervo ottico . . . . . » 148
BERLIN. Operazione dell'entropion . . . . . » 149
HORNER. Cura disinfettante di alcune malattie corneali. . » 150
KNAPP. Estirpazione di un tumore del nervo ottico risparmiando il bulbo . . . . . » 150
STILLING. Dello spasmo tipico dell'accomodazione . . » 151
SMITH. Cura del gozzo esoftalmico colla belladonna . . » 156
ROUSTAN. Cura mediante la luce delle malattie oculari. . » 157
BARTHOLOW. Cura del tic douloureux colle iniezioni di cloroformio ed il ghiaccio . . . . . » 157
GRAND. Note sulla pupilla in forma di serratura . . . » 157

ANNO LXI.

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

GIÀ COMPILATI DAI

Dottori OMODEI, CALDERINI e GRIFFINI

ORA DIRETTI DAL DOTTOR

MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica
Prof. Rovida } Medica
Prof. A. Corradi = Medicina pubblica
Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati } Chirurgia
Dott. Porro = Ostetricia

VOLUME 233

Luglio, Agosto e Settembre 1875

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1875

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WellMOmec
Coll.	
No.	

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

Vol. 233. — Fasc. 697-698. — Luglio-Agosto 1875

Del valore della legatura elastica in chirurgia;

del prof. ANGELO SCARENZIO, *socio corrispondente del Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere* (1).

La applicazione della legatura elastica alla recisione dei tessuti vivi del nostro organismo adoperata per la prima volta nel 1862 da Grandesso Silvestri (2) e nei prossimi successivi anni da Lee (3), Richard (4), Bryant (5) e Ciniselli (6) stette per alcun tempo limitata alla pratica di pochi, forse di questi soli, dacchè bisogna arrivare fino al 1870 per trovarla accennata di nuovo da Lee (7); e non ancora la notizia diffondevasi, dal momento che Dittel (8) or sono due anni ne parlava, la metteva in opera, e la proponeva quale cosa nuova.

Dopo quest'epoca unendosi all'autorità dell'illustre chirurgo di Viena quella del prof. Vanzetti (9) che rivendicava la priorità del speciale metodo all'Italia, atteso la semplicità e la facilità dell' esperimento non tardarono a moltiplicarsi i fatti in proposito.

(1) Un sunto di questa Memoria veniva letto nella Adunanza ordinaria del 29 luglio 1875 dell'Istituto stesso.

(2) « Gazz. med. ital. Prov. Venete », 1862, pag. 278.

(3) « Med. Times », loc. cit.

(4) « Gaz. des Hôpit. », 30 giugno 1863.

(5) « Med. Times », 29 novembre 1873.

(6) « Ann. univ. di med. » marzo 1874.

(7) « Lancet », 16 luglio 1860.

(8) « Viener med. Wochenschrift », 1873, N. 9.

(9) « Gazz. med. ital. Prov. Venete », 1873, N. 23.

Si fu dal complesso loro che la legatura elastica la si ritenne indicata: nella demolizione dei nevi materni e dei piccoli tumori peduncolati. (Grandesso-Silvestri (1), Richard (2), Lee, Vanzetti (3), Bryant (4), Allingham (5)); in quella dello scirro alla mammella (Grandesso-Silvestri (6), Périer (7), Dittel, Allingham (8), Thompson (9)); dei tumori fibrosi dell' utero, dei polipi della vagina, dei tumori al clitoride (Grandesso-Silvestri (10), Thnau (11)); nelle oncotomie e nella ispospadia (Ciniselli (12)); nella esportazione delle anghectasie (Grandesso Silvestri (13), Zecchini (14)); nella operazione di fistola all'ano (Vanzetti (15), Stokes (16), Mazzoni (17), Allingham (18)); nella segmentazione del retto prolassato e nella spaccatura dei seni fistolosi in genere (Dittel (19), Allingham (20), Vanzetti (21)); nella cura radicale delle varici (Grandesso-Silvestri, Lee, Allingham (22)); nella esportazione delle emorroidi (Lee, Vanzetti (23)); nella legatura delle arterie (Grandesso-Silvestri, Dittel, Lee (24)); nel cancro della lingua (Lee (25)); nei tumori sessili

(1) Loc. cit.
(2) « Gaz. des Hôp. », 1873, N. 74.
(3) Luoghi citati.
(4) « Med. Times. » loc. cit.
(5) « Med. Presse and circular » e « Lyon méd. », 1875, N. 10.
(6) Loc. cit.
(7) « Bull. de la Soc. de chir. » 14 aprile 1875.
(8) Luoghi citati.
(9) « Med. Times » loc. cit..
(10) Loc. cit.
(11) « Courrier Med. Scalpel ». — « Indipendente », maggio 1873.
(12) « Ann. univ. di med. » loc. cit. ed aprile 1875.
(13) Loc. cit., 1871.
(14) « Raccoglitore medico », 1874, vol. 1.
(15) « Cenni storici sulla R. Università di Padova, ecc. » Padova, 1873.
(16) « Dublin Medical Presse », gennajo 1874.
(17) « Anno secondo di Clinica chirurgica. » Roma 1874, pag. 17.
(18) Loc. cit.
(19) Loc. cit.
(20) Loc. cit.
(21) Loc. cit.
(22) Luoghi citati.
(23) Luoghi citati.
(24) Luoghi citati.
(25) Loc. cit.

in genere (Hulke (1), Zecchini (2), Hayes (3)); nella recisione dell'ossatura (Grandesso-Silvestri (4), Ricordi (5)); nella fistola retto-labbiale (Busi (6)); nel varicocele e nella recisione dello sfintere anale (Allingham).

Sarebbe però fallita la legatura elastica nelle mani di Bukanan (7) che applicatala all'arteria femorale ne otteneva la chiusura bensì ma non la recisione.

Riesce facile il concepire teoricamente una superiorità di azione del filo elastico in paragone del comune di lino, di seta, di canape o di metallo e che quindi nei suaccennati fatti abbiasi potuto usufruire il vantaggio cercato; non sembrami però che siisi ancora posta abbastanza cura nel comprovarla con esperimenti di confronto, il che essere doveva la base più sicura sulla quale fondare il concetto della applicazione ed il relativo giudizio. È duopo quindi studiare la cosa sotto il duplice aspetto.

Basta avvolgere ad un dito prima un filo elastico con discreto grado di tensione e poi uno semplice per sentire come quello meno brusco nella azione sua primitiva continui poscia in essa, mentre il secondo mantiene la strettura quale venne repentinamente prodotta. E siccome i tessuti vivi non abbisognano di subire una forte pressione per aprire il varco ad un corpo sottile che loro poggi contro, così già si comprende come mediante quella continua, graduata e modica strettura si abbiano con minore forza ad uguagliare gli effetti di un filo comune.

Se non che la pratica li vuole superiori, ed ancora in ciò non viene meno. Per quanto sia stretta infatti una legatura semplice se dessa non annienta fino dal primo momento della sua applicazione la vita che passava, per così dire, attraverso al corpo da essa stretto, successa la mortificazione degli strati superficiali resta rallentata, la circolazione ripiglia la propria energia, la parte corrosa

(1) « Med. Times », loc. cit.

(2) Loc. cit.

(3) « Brit. hop. Gaz. », 1874, pag. 323. — « Revue des scienc. Med. » 1875, fasc. 1, pag. 334.

(4) « Gazz. med. ital. Prov. Venete », 1874, N. 30.

(5) « Rivista di med., di chir. e di terap. » Milano 1874, vol. II, p. 54.

(6) « Dell'ano vulvare, non che di varie aperture e fistole retto-vulvari e retto vaginali, e della loro cura »; del prof. comm. Francesco Rizzoli. Bologna, 1874, pag. 26.

(7) « The Practitioner », luglio 1871.

si copre di granulazioni e l'ansa del filo rilasciata per un tempo indeterminato liberamente si adagia fra esse. Se invece una volta recisi i primi strati il filo per la propria retrattilità segue la solcatura che scolpisce può portare al di là quella forza che in sul principio non era stata sufficiente a far cadere la parte stretta. Ma come si è detto questa forza profondamente necrotica non è necessaria perchè i tessuti si consumino. « Comunque leggera, la pressione esercitata da questa sostanza, diceva fino dal 1862 Grandesso-Silvestri, non può essere tanto indifferente che non valga ad obliterare i minimi vasi capillari e togliere così l' elemento materiale di nutrizione alla superficie prima a cui si addossa, portandola a mortificazione per la azione sua incessante..... Che se in questo cammino di distruzione incontrasse un vaso anche grosso, prima di tagliarlo applicherebbe le superfici interne di esso in guisa da interrompere la corrente del sangue, ed il tempo necessario a tagliarle corrisponderebbe alla mira di stabilire una sicura obliterazione. »

Un difetto però inerente al filo elastico in confronto degli altri sarebbe che non avendosi durante l'applicazione sua una idea giusta del grado di tensione, si può o stringere poco od andare troppo oltre e lacerarlo; a ciò si rimedia però, adoperando come consiglia Grandesso-Silvestri, il filo elastico coperto da reticella la quale non permette la stiratura oltre ad un dato punto. Inoltre col filo così foggiato ottengonsi ad un tempo le due sorta di forza, la costrittiva repentina ed energica cioè fatta colla reticella al massimo grado di tensione, e la graduata elastica che non appena stretta l'ansa entra in azione per continuare in seguito. Innoltre, se rilasciata questa occorresse stringerla di nuovo, se hassi il filo non elastico o conviene rinnovare il nodo od applicarvi speciali congegni a serranodo, mentre che coll'elastico lo si stira fuori dalle parti entro cui sta infossato vi si applica un nodo al punto di sortita e lasciata la presa l'ansa che si retrae è capace di stringere e corrodere i tessuti.

Onde potere giustamente valutare tali induzioni teoriche conveveniva ricorrere alla osservazione diretta e più volte applicando nel detto modo la legatura elastica alla superficie del corpo umano potei accorgermi che stretto il nodo, le rughe formantisi andavano di ora in ora sviluppandosi maggiormente, mantenendosi anche ad incominciata ulcerazione ai punti estremi.

Fra i varii casi che valsero a ciò dimostrarmi citerò il seguente:

Una contadina, d'anni 42, presentava un lupus tubercolare esulcerato alla superficie esterna dell'avambraccio sinistro, e che per essere ivi limitato ed in regione poco nobile si pensò trattare colla

cauterizzazione. Ad una porzione di esso per altro che presentavasi isolata pel tratto di 2 cent. quadrati, volli tentare di scemare la nutrizione circondandola di cicatrice e siccome per avere questa era necessario produrre prima una soluzione di continuità così pensai di allacciarne all' ingiro la pelle strozzandola. Incominciai per ciò ad applicarvi sopra e sotto su parti sane due lacci che comprendessero tre centimetri di cute, per il superiore mi servii di un filo elastico per l'inferiore di un cordoncino di seta dell' uguale volume. Nel primo stirai i due capi alla massima tensione, li incrocicchiai e li feci legare tra loro con filo di seta tangenzialmente alla cute, strinsi il secondo annodandolo su sè stesso colla massima forza. La cute compresa in amendue le anse raggrinzavasi riducendo il tratto superiore dei tre centimetri a due, l'inferiore ad uno avendo qui il filo tagliato parte dei tessuti all' atto della forte strettura, manifestissime erano poi le rughe superiormente. Le cose stettero così per 2 giorni. Al terzo esulceravasi per mezzo centimetro l'angolo interno del tratto superiore, al quarto la recisione era giunta a 2 cent. in questo, restando stazionario l'inferiore, ed una goccia di pus gemeva dal di sotto di amendue. Al quinto giorno la recisione era di 2 c. 4 m. al primo, di 1 e 6 al secondo, in quello il laccio non faceva più presa e stiratolo vi si applicava un secondo nodo, la presa continuava nell'altro filo. Al sesto giorno il cordoncino elastico staccavasi, ad ansa intera a fili appajati, lunghi tre millimetri (fig. 1.ª *a*) estensibile a sei, rappresentando un cerchio del diametro di quattro millimetri. La lunghezza della intera ansa poi era di 1 centim. estensibile ad 1. 1[2, corrispondente ad un cerchio del diametro di 1 cent. Al settimo giorno anche l' ansa inferiore era alquanto rilasciata e si cercò stringerla applicandovi un nodo; in seguito a ciò si staccava, ma indi a 4 giorni cioè ad una settimana dopo il cordoncino elastico portando intera un'ansa di sei millimetri (fig. 1.ª *b*) uguale cioè alla massima tensione della elastica la quale aveva continuato ad agire riducendosi a tre millimetri ed anticipando la recisione dei tessuti.

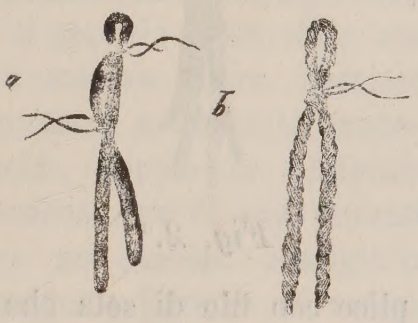


Fig. 1.ª

Nella stessa donna volendo unire con altro tessuto di cicatrice gli estremi delle recisioni fatte, passai sotto il tratto di pelle posto fra loro, che era pure di 3 centim., un cordoncino elastico accompagnato da uno di seta dell' eguale grossezza. Strinsi, annodandolo al

maximum, quest'ultimo, adagiandovi poi al di dietro ed alla maggiore tensione quello elastico, i cui capi feci fermare al davanti col nodo di seta. La parte stretta fattasi rugosa era ridotta ad 1 cent. e mezzo di lunghezza; al secondo giorno era già recisa per mezzo centimetro col filo di seta rilasciato l'elastico mantenendo la strettura. Si applicava un nodo sul cordoncino di seta, il giorno dopo si faceva lo stesso su quello elastico ed al quarto staccavansi amendue. Si vide in allora che l' ansa elastica primitiva era lunga appena 8 millimetri (fig. 2.ª *a*) estensibile ad un centim. e mezzo, lunghezza quest'ultima che misurava invece l'ansa di seta (fig. 2.ª *b*); la qual cosa significa che cessata l'azione del filo di seta continuava quella dell'elastico.

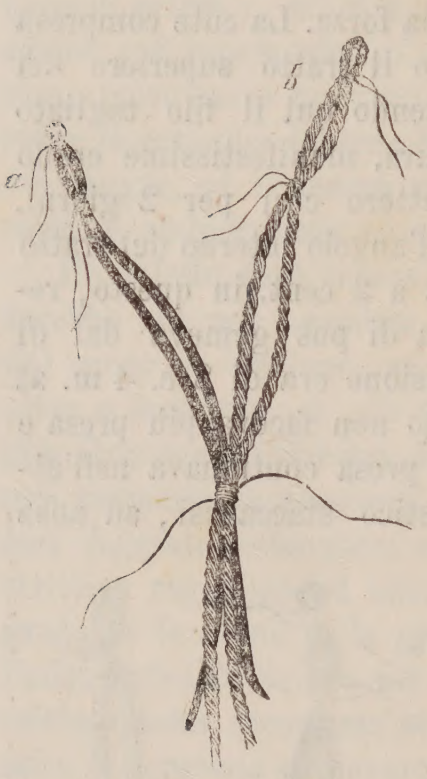


Fig. 2.ª

Queste prove sono adunque tali da infondere fiducia nel processo di legatura in discorso, e l'esito non mancò di corrispondere all' aspettazione.

Oss. I. — *Verrucca al labbro inferiore.* — Al sig. R..... L....., impiegato nel Manicomio di Pavia, d'anni 34, di buona costituzione, sempre sano, da circa due anni compariva un bitorzoletto alla parte mediana del labbro inferiore che a poco a poco aumentava al punto da raggiungere la forma ed il volume di una nocciuola arrecandogli non lievi disturbi massime nella masticazione; sotto i cui movimenti oltre a cagionargli dolori dava facilmente luogo ad emorragie. Veniva curato da altro pratico mediante la legatura semplice con filo di seta che riesciva inutile. Sopracchiamato consigliai la legatura elastica, che praticai con filo reciso da un tubo a drenaggio, il quale in capo a cinque giorni senza il bisogno di ulteriore strettura recise il tumore lasciando pressochè cicatrizzato il punto d'inserzione della verrucca. — La guarigione fu completa dopo due giorni.

Oss. II. — *Verrucca alla parte destra della radice del naso.* — Picca Luigi, d'anni 7, nato e domiciliato a Belgiojoso, di genitori sani e robusti non aveva mai sofferto malattie di rilievo tranne di qualche leggiero catarro bronchiale. Il male ultimo incominciava a manifestarsi, o per lo meno venne avvertito, ai primi del mese di giugno u. s. sotto forma di un tubercoletto alla radice della pinna

destra del naso e che ritenuto dai parenti una semplice crosta veniva trascurata, fino a che essendo giunto rapidamente al volume di una ciliegia chiedevano il soccorso dell'arte.

Il tumore sanguinava facilmente, aveva acquistato la forma di una grossa mora, restando per altro indolente e senza produrre sintomi generali.

Al giorno 20 dello stesso mese il ragazzo veniva dal dott. G. Casali inviato a me perchè gli praticassi la legatura elastica, il che feci applicandovi alla base un cordoncino a reticella gittato dapprima ad ansa alla base del tumoretto, stirando poscia i due capi alla massima tensione, incrocicchiandoli e facendo applicare un nodo di seta al punto di loro decussazione. La caduta di quella produzione succedeva al quinto giorno senza bisogno di ulteriore strettura, lasciando una piaguccia che mercè una sola cauterizzazione col nitrato d' argento in due altri giorni passava a cicatrice, scomparendo presto anche le traccie di questa.

Oss. III. — *Epitelioma al capezzolo della mammella sinistra.* — La signora C..... A....., d'anni 76, soggetta negli antecedenti anni a multiformi malattie specialmente d' indole reumatica, diventata gottosa e si può dire tabifica, alla metà del giugno 1874 si accorgeva della sortita di siero dal capezzolo della mammella sinistra che continuavale per cinque settimane, a quest'epoca ebbe da quella parte abbondevole sgorgo di sangue essendosi il capezzolo fatto duro ed esulcerato alla parte sua interna, ritornava poi il gemizio dello siero ma denso per la mescolanza di marcia e dava cattivo odore. Lasciato il male senza cura anche la glandola mammaria sottostante rendevasi tumida, del volume di una melarancia, doppio in confronto della destra, leggermente dolente alla pressione, era di una durezza più dell' adenoma che dello scirro, e se ne sarebbe consigliata la esportazione se lo stato cachetico del soggetto l'avesse permesso. Ciò non potendosi, d'accordo col medico curante sig. cav. dott. Giovanni Migliazza allo scopo se non altro di togliere il succidume e semplificare il male, proposi la ablazione del capezzolo, tanto più che fra esso, piagato e foggiato a testa di chiodo, e l'areola esisteva un disco di tessuto sano.

Ma la paziente soverchiamente paurosa rifiutava qualsiasi operazione cruenta, fosse pure stata preceduta dall'anestesia locale e perciò si addivenne alla legatura elastica.

Al giorno 29 novembre successivo facevasi un doppio giro col cordoncino a reticella, mantenuto per quanto fosse possibile teso, attorno alla base del capezzolo, e se ne annodavano i capi. Al

terzo giorno incominciava ad apparire un solco esulcerato al luogo della di lui applicazione e così fino al quinto, rendendosi poscia stazionario. Al 10.° giorno stiravansi perciò i due capi e ad un centimetro al di là del nodo se ne applicava un altro di seta, poco per altro si guadagnava non facendosi la trazione sentire sul secondo giro, nel quale andò poi a suddividersi, per cui dopo altri quattro giorni si levava il cordoncino sostituendovene altro a giro semplice, e questo in quarant' otto ore compieva la recisione. Il filo presentava l' ansa intera e chiusa, estendibile però ad otto millimetri, il che corrisponderebbe approssimativamente al diametro di cinque millimetri.

Rimase alla regione del capezzolo una piaga circolare del diametro di un centimetro che in pochi giorni cicatrizzava. Levato poi col capezzolo un fomite irritativo anche la glandula mammaria detumefacevasi alquanto, nè la signora ebbe a risentire a quella regione ulteriori incomodi.

Oss. IV, V, VI e VII. — a) *Fistola all'ano completa.* — Vercesi Angelo da Broni, negoziante, da due mesi aveva sofferto di ascesso verso il coccige e quale conseguenza ivi portava una fistola. Dessa era completa e la operazione mediante il taglio sarebbe stata semplicissima, volli ciò non ostante esperire la legatura elastica.

Passato lo specillo attraverso all' apertura esterna ne feci sporgere il bottone dall'orificio anale, fissai ad esso un filo di seta alla sua volta attaccato ad una listerella elastica dello spessore di tre millimetri e lunga da otto a dieci centimetri, tagliata fuori da un tubetto a drenaggio. Ritirato lo specillo ed il filo di seta, quello elastico accompagnato dall'indice fin contro all'apertura interna percorse il tragitto del canale protrudendo coi suoi capi all' esterno, l'uno dall'ano l'altro dall'apertura fistolosa in prossimità al coccige, e stiratili alquanto feci con essi un nodo doppio a ridosso del margine anale. L'ammalato sofferse una strettura che lo molestò vivamente per alcune ore, indi l'incomodo scemava ma non svaniva ed occorsero due giorni perchè le rughe formatesi alla cute scomparissero. Al quarto giorno la recisione era completa. L'ansa intera era lunga un centimetro allungabile a due, corrispondente quindi ad un cerchio del diametro di un centimetro e tre millimetri. La piaga medicata con filaticcio cicatrizzava prontamente di modo che il paziente ad un mese dall'operazione era guarito.

b) *Fistola all'ano completa.* — Palazzi Angelo da Malleo, domiciliato in Pavia, d' anni 40, fornajo di professione, non avea sofferto malattie di rilievo fino al 1859 nel quale anno veniva colpito dal vajuolo. Guaritone completamente aveva goduto buona salute

fino al settembre 1874; alla metà di esso pativa di pleuro-pneumonite destra che lo obbligava a letto per quattro settimane. Mentre però procedeva nella convalescenza era molestato da stitichezza ostinata, da dolore e bruciore all'ano non che da tenesmo. Si credette alla presenza di emorroidi interne infiammate ed ordinavansi alcune sottrazioni locali, ma continuando, anzi aumentando gli accennati sintomi ricoverava a questo spedale.

Alla prima visita lo si rinveniva alquanto deperito nello stato generale, ed un' asprezza nel mormorio vescicolare ad amendue gli apici polmonari induceva il sospetto di incipiente deposizione tubercolare.

Alla parte destra dell' orificio anale notavasi un tumore grosso quanto una noce, era fluttuante e perciò veniva inciso dandosi uscita a discreta copia di marcia. Scandagliando la cavità dell' ascesso lo specillo vi si approfondava per 7 centim. ed introdotto l' indice nel retto si arrivava a sentire il bottone dello stromento che a cinque centimetri, presso a poco nel centro della vasca marciosa, si riesciva a farvelo penetrare.

Per quindici giorni non facevasi che la medicatura a piano e solo dopo questo tempo essendo detumefatte le parti vi si applicava la legatura elastica. A questo intento infilavasi un ago ad estremità ottusa fenestrata e della lunghezza di cinque in sei centimetri, con un filo elastico a reticella; si introduceva l'estremità libera dello strumento nella apertura esterna della fistola, e coll'indice la si andava ad uncinare nel retto, la si faceva protrudere dall'ano stirandola fortemente all'imbasso, estraevasi l'ago trattenendo il cordoncino e così l'istmo compreso fra il canale fistoloso e gli sfinteri restava circondato da esso. I di lui capi venivano stirati, incrocicchiati ed assieme fermati mediante robusto filo di seta. L'ammalato ebbe a soffrire ben poco dolore, al secondo giorno vedevasi che il cordoncino erasi aperto un solco fra i tessuti vivi, ed all'ottavo cadeva, portando un'ansa delle dimensioni di quella dell'antecedente caso e, lasciando una piaga dell'altezza di cinque centimetri e della larghezza di due. Il decorso successivo fu regolare.

c) *Fistola all'ano ceca interna.* — Bremi Edoardo, giovanetto di anni 11, da Staghiglione, un'anno avanti aveva patito di flemmone suppurato alla natica sinistra che lasciavagli un seno fistoloso con apertura esterna a tre centimetri a sinistra dell'ano. Esploratolo mediante lo specillo, desso vi si approfondava per cinque centimetri verso il retto, contro il quale si arrestava non essendosi potuto ivi scoprire apertura alcuna. Ciò non toglie che vi fosse, ma nella per-

suasione che anche ritrovatala ed incominciando da esso la recisione sarebbesi lasciata superiormente porzione della cavità dell' ascesso, pensai di operare il ragazzo praticandone nel retto una nuova.

Al 1° maggio u. s. quindi introdotto il *gorgeret* di legno nell'intestino retto colla scannellatura rivolta al seno che intendeva incidere, percorreva il canale con un ago ricurvo a manico, a punta fenestrata e perforando l' intestino alla massima possibile altezza lo poggiava premendo contro il detto stromento di legno, e ritirando questo mentre innalzava il manico dell'altro riescii a far sporgere la punta fenestrata dall'ano, ad essa infilai uno dei soliti cordoncini elastici a reticella e ritirando l'ago gli faceva percorrere il seno dall'interno all'esterno. I due capi previamente stirati ed incrocicchiati venivano assieme fissati rasentando lo sfintere esterno, e lasciata la presa videsi la pelle racchiusa nell'ansa farsi rugosa ed il filo infossarvisi progressivamente. Al secondo giorno la ulcerazione ne era incominciata, al 4° il filo mostravasi rilasciato e stiratolo vi si applicava un secondo nodo ad 1 cent. e 1|2 al di là del primo; al 9° giorno la recisione era completa. D'allora la piaga veniva medicata a piano ed in un mese il malato guariva.

Il filo staccatosi ad ansa intera presentava il primo dei nodi applicati alla distanza di 1 cent. e 1|2, estendibile e 3 cent. circoscrivendo così un cerchio del diametro di due centimetri; col secondo nodo se ne limitava altra di 7 millimetri che poteva estendersi a 13, ad un cerchio cioè dagli 8 ai 9 millimetri.

d) *Fistola all'ano completa.* — Rocca Marcello da Cornale, Circondario di Voghera, contadino, d'anni 14, era un giovinotto di costituzione sana e robusta, che nulla presentava di rimarchevole nel gentilizio. Riferiva che 4 anni prima ammalava per un'ascesso alla parte sinistra dell'ano, ascesso che veniva aperto dal medico del suo paese, e che lo obbligava a guardare il letto per otto o dieci giorni, a capo dei quali egli si credeva guarito non avendo che una crosticina che ricopriva la ferita. Non ricordava quanto tempo era stato bene, assicurava però che ad intervalli quasi regolari da circa 3 mesi soffriva dolori all'ano, che esacerbavansi alla defecazione e dopo d'aver camminato e lavorato un po' di tempo: la crosticina sopra notata cadeva, usciva qualche po' di marcia ed egli tornava a godere buona salute per qualche mese. Da circa un anno erano cessati gli intervalli di benessere, ed invece crescevano i notati disturbi a segno che l'obbligavano ad intervalli al riposo del letto per qualche giorno.

Alla visita del primo giorno (19 aprile u. s.) osservavasi una leggera tumefazione rossa, calda dolente, al contorno dell' ano, estendentesi

qualche poco alla natica, ed appena due centimetri a sinistra dell'apertura anale una cicatrice oblunga, comprimendo la quale si vedeva uscir dall'ano qualche goccia di materia purulenta. Il paziente era obbligato a giacere sull'uno o sull' altro fianco. Gli venne somministrato qualche blando purgativo e si ordinò l'applicazione del cataplasma di linseme alla parte. In 4 giorni il rossore ed il gonfiore al contorno dell'ano erano svaniti, allora collo *speculum ani* si arrivò a scoprire nell'intestino retto sul suo lato sinistro, all'altezza di circa tre centimetri dall'orificio esterno una esulcerazione da cui premendo sulla notata cicatrice usciva marcia. Era evidente la diagnosi di fistole all'ano ceca esterna; con un bistori retto si perforava quindi la cute al disopra della cicatrice entrando nel condotto fistoloso. Infatti con uno specillo percorrendo questo si arrivava alla profondità di cinque centimetri nell' intestino.

Il 30 dell'indicato mese si applicava la legatura elastica. Entrato con lo specillo dall'apertura esterna sino nell' intestino, con un dito penetrato in questo e volto ad uncino si estrasse dall' ano la punta dello specillo e su questa si legò un filo di seta al quale era assicurato un cordoncino elastico a reticella; estratto lo specillo dalla parte per la quale lo si era introdotto nella fistola si arrivò a far percorrere al cordoncino elastico tutto il tragitto della fistola. Allora stirati i capi del cordoncino, onde far entrar in giuoco la sua elasticità, si fece un nodo con un filo di seta sui capi di esso, in vicinanza della fistola.

Al giorno 3 maggio essendo l'ansa rilasciata per la incominciata recisione della fistola si dovette accorciarla di circa mezzo centimetro stirando i due capi e ponendo alla distanza d'un centimetro dal primo nodo un altro pure con filo di seta. Indi a due giorni il tragitto fistoloso nella sua parte esterna si vedeva spaccato pel tratto di circa due centimetri, però il cordoncino era ancora in posto allacciando la rimanente parte ancora abbastanza strettamente. Occorsero altri due giorni perchè l'ansa si staccasse e la piaga risultatane veniva giornalmente medicata con una toronda di filaticcio spalmata d'unguento.

Il paziente era perfettamente guarito ad un mese dalla legatura.

L'ansa del cordoncino elastico caduta misurava dal primo nodo applicato un centimetro aumentabile ad 1 cent. 8 mill.; dal secondo 0 c. 5 m. a 0 c. 8 in 9 mill. equivalenti a due cerchielli l'uno del diametro di 1 c. 2 m. l'altro di 3 in 4 millimetri.

Osservazione VIII e IX. — a) *Fistola vulvo-rettale.* — La prostituta F.... A.... d'anni 21, di costituzione piuttosto gracile e linfatica e più volte accolta nel sifilicomio in causa di fenomeni blen-

norragici e sifilitici primitivi vi rientrava all' 8 febbraio u. s. per accidenti consimili dei quali guariva con prontezza. Dessa portava pure una fistola vulvo-rettale ma per la quale rifiutavasi al taglio.

L'origine di questo male veniva dall'ammalata attribuita all' avere dessa a lungo patito di ragadi all'ano trascurate dapprima, indi male trattate, e che le cagionavano due seni fistolosi l'uno al perineo l'altro alla vulva, ma soltanto il primo guariva restandole l'altro in forma di fistola che ancora veniva più volte cruentata e cauterizzata senza che ne potesse guarire, d'onde la risoluzione presa di non più lasciarsi operare. La apertura fistolosa vulvare distava tre centimetri dall'ostio vaginale penetrando nell'ano al di là degli sfinteri.

La prostituta restìa a qualsiasi atto cruento non osava rifiutarsi alla legatura elastica che al 17 del febbraio u. s. veniva praticata nel seguente modo: Introdotto nell'apertura alla vulva l'ago ottuso di Lorens ed uncinatolo coll' indice entro l' ano, se ne faceva sporgere la estremità da questo e nella cruna vi si infilava un cordoncino elastico a reticella e che ritirando l' ago percorse tutto il seno pendendo coi suoi due capi l'uno dalla vulva, l'altro dall'ano. Stiratili, incrocicchiatili ed allacciatili l' ammalata ebbe a soffrirne ben poca molestia. Un leggiero edema compariva alle grandi e piccole labbra nei due giorni successivi, cessando coll'incominciare della recisione la quale fu completa al quarto giorno, ed in poco tempo abbassandosi la cicatrice la operata guariva completamente senza che le rimanesse alcun disturbo nel defecare. Il giorno 14 del seguente aprile usciva dal sifilicomio.

Il cordoncino staccatosi ad ansa intera presentava questa limitata dal nodo ad un centimetro, allungabile a due e che avrebbe costituito un cerchio del diametro di 6 in 7 millimetri.

b) *Fistola vulvo-rettale.* — La prostituta B..... G..... d' anni 29, da Voghera veniva accolta in questo sifilicomio li 4 luglio u. s. Da otto mesi dessa aveva sofferto di ascesso vulvare che cagionavale una fistola vulvo-rettale, veniva trascurata fino a due mesi scorsi nella quale epoca veniva ricoverata al sifilicomio di Torino la si trattava palliativamente. All' esame della parte ammalata si rilevava un' apertura che ad un centimetro dell' ostio vaginale si insinuava in alto verso il retto intestino nel quale panetrava all' altezza di quattro centimetri. Ciò era facile rilevare combinando la specillazione dal lato della vulva e la esplorazione digitale dal retto. Al giorno successivo alla accettazione vi si applicava la legatura elastica servendosi di una tenta metallica ricurva bottonuta introdotta nella fistola, uncinata coll'indice nel retto e fatta con isforzo non in-

differente protrudere dallo sfintere anale esterno; al bottone fissai un' ansa di filo di seta ed a cavalcioni della stessa posi un pezzo di filo elastico coperto di reticella, ritirai la tenta ed il filo di seta, ed il cordoncino seguendola protrudeva con un capo dall' ano coll'altro dalla vulva, li fermai mediante nodo di seta alla massima loro tensione e recisi i capi raccomandai la quiete. Il dolore fu leggero ed al quarto giorno il laccio avea corroso buona parte del sepimento ed era rilasciato. Ma atteso la indocilità somma della ammalata non si riescì a stringerlo che alla nona giornata dalla sua applicazione. Alla dodicesima cadeva, portando l'ansa che segnava dal primo nodo applicato 1 cent. 2 mill. allungabili a 2 c. 4 m. e dall'ultimo 1[2 cent. che si poteva portare ad uno. Il che significa che al momento della prima allacciatura di filo abbracciava un diametro di 1 c. 8 m. ed a quello della seconda uno di 6 millimetri.

Osservazione X e XI. — *Vena varicosa alla gamba destra.* — Piacentini Giuseppe, da Pavia, d'anni 40, falegname di professione, da 10 anni soffriva di piaga ricorrente alla gamba destra; la cicatrice erasi da un mese riaperta per cui al 15 giugno u. s., cercava ricovero in questo spedale. La piaga, larga un centimetro quadrato, esisteva allo stinco destro, era manifestamente sostenuta da varicosa dilatazione della safena interna, per cui scorsi dieci giorni di medicazione a piano, e colla quale erasi ottenuto un grande miglioramento, a prevenirne la recidiva, pensai di agire sulla vena stessa chiudendola. Tra i mezzi che possono servire allo scopo prescelsi la legatura elastica sottocutanea, non perchè mi mancasse la fiducia in altri, ma perchè presentandomisi il caso affatto esente da complicazioni, me ne riprometteva una più sicura norma per consimili evenienze. Esistendo un gruppo di varici alla parte media interna del polpaccio che confluivano in un'unica diramazione presentante il diametro di 12 millimetri, io mi proposi di contornare e stringere questa mediante filo elastico, il che feci nel giorno 26 seguente applicando il laccio alla distanza di otto centimetri dal gruppo stesso. Preparato perciò un filo elastico della grossezza di 2 in 3 millimetri, lo infilai nella cruna di un ago da cucitura, lanceolato e leggermente curvo e di mezzana grossezza; pizzicata la vena assieme alla cute, passai sotto al vaso rasentandolo, e poi, come si fa d'ordinario volende usare di questo metodo anche col filo di seta, lasciata scivolare dalle dita la vena, trattenendo la sola cute, rientrai coll'ago per l'apertura d'uscita, passai al disopra della vena uscendo per il foro primo di entrata. Contornato così il vaso, stirai i due capi

rimasti liberi e tenendoli tesi li annodai accompagnando cogli indici il nodo più che potei a ridosso della vena.

Nel compiere quest'atto m'accorsi che la parte lanceolata dell'ago uscendo aveva intaccato il filo, non però recisolo, per cui la applicazione desiderata non venne impedita. L'esperienza poi fatta in altre legature sottocutanee mi apprese, che per evitare simile inconveniente basta servirsi di un filo metallico sottile attortigliato su sè stesso e terminante ad ansa, percorrendo con esso il tragitto voluto, lasciandolo dall'una e dall'altra parte prolassato; gettando quindi a cavalcioni dell'ansa il filo elastico (Fig. 3.ª), lo si attrae mediante essa lungo la via percorsa dal primo. È necessario poi che questo sia attorcigliato onde evitare di passarvi, nel momento della frammezzo uscita ultima dell'ago, anzichè scorrere tangenzialmente ad esso.

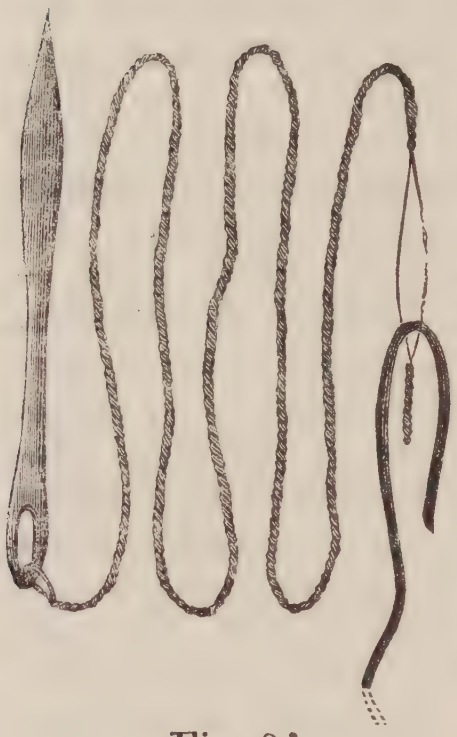


Fig. 3.ª

All'atto della strettura il Piacentini accusò lieve dolore; ben tosto la porzione di vena sovrastante rimase vuota pel tratto di 10 centimetri finchè trovava una anastomosi e la sottostante si fece leggermente rigonfia. Al giorno successivo sentivasi un piccolo nodo al luogo della legatura, e la porzione frapposta a questa ed al gruppo venoso presentavasi ripiena di coagulo passivo. Una scarsa suppurazione si incamminò quindi dai due fori, la tumidezza attorno al nodo si fece maggiore per rendersi al quinto giorno stazionaria; così mantenendosi per altri tre, sospettai che il filo potesse essere alquanto rilasciato, stirai i capi, ne il fissai con cerotto alla parte interna posteriore della gamba ed al secondo giorno da questa modica e continuata stiratura il filo staccavasi portando un cerchiello del diametro di quattro millimetri che alla massima distensione sarà stato di otto. Si ebbe perciò la certezza che la vena era stata troncata.

Al luogo della praticata legatura, rimase una proliferazione plastica della lunghezza di un centimetro e mezzo; superiormente la vena nella parte già vuota era ridotta ad un cordoncino, al dissotto avvizzita ed il paziente munito di stivaletto espulsivo potè tosto alzarsi. Le due ferite guarirono prontamente; il gruppo delle vene andò

pure avvizzendosi riempiendosi di fleboliti; lo si vedeva per altro in comunicazione diretta con altro tronco dirigentesi al poplite e che si sarebbe potuto pure troncare. Il che non parve giusto al malato, pago come era del vantaggio ottenuto.

b) *Eczema varicoso alla gamba sinistra.* — Mensi Gaetano, d'anni 47, da Grafignana, domiciliato in Pavia, e muratore di professione, al giorno 20 dicembre 1874 presentavasi alla ambulanza delle malattie cutanee; ove lo si trovava affetto da scabbia generalizzata e da eczema alla gamba sinistra sostenuto manifestamente da varici di questa regione. Curato nell'apposito comparto della scabbia e guaritone in otto giorni, al 29 successivo il Mensi veniva collocato nella sala dei cutanei per la cura dell'altra malattia. Le varici risalivano ai primi anni di sua vita, ed in onta alla metodica fasciatura rendevansi sempre più palesi cagionando formicolio, edema, ricorrenti piaghe ed eczema. La safena interna la si scorgeva grossa fino alla sua origine, tortuosa e con gozzi; alla superficie interna del polpaccio in una superficie di circa dieci centimetri di diametro eravi un gruppo di vene turgide, fluttuanti, tortuosissime e pure a gozzi; altro gruppo di vene varicose notavasi alla superficie posteriore del polpaccio.

In presenza di questo fatto, e durante una temporanea mia assenza, i dottori Achille Cattaneo e Carlo Bossi, addetti alla mia divisione, ottimamente pensarono di togliere la causa dell'eczema sopprimendo il circolo nelle vene maggiormente dilatate il che fecero al 2 gennajo u. s. mediante la legatura elastica. Gettarono cioè due lacci, l'uno al terzo inferiore parte interna della gamba, l'altro superiormente e verso la parte posteriore più in alto. Il processo adoperato fu quello descritto nell'antecedente caso; se non che passando al di dietro della vena nella seconda legatura fuvvi leggiera emorragia ma che tosto cessava collo stringersi dell'ansa.

Al giorno successivo un leggiero rossore era comparso all'ingiro dei fili, cicatrizzata essendo di già la ferita del lato opposto. In quinta giornata gemeva qualche goccia di pus, ed alla nona i fili staccavansi coll'ansa circolare intera del diametro di mezzo centimetro, e che distesa mediante piccolo cono giungeva ad uno. Le due ferite cicatrizzavano nello spazio di tre giorni; l'eczema era nel frattempo guarito, e tenuto l'operato in osservazione per più di due mesi non recidivava.

Oss. XII, XIII, XIV e XV. — a) *Varicocele sinistro trattato colle injezioni di acetato di ferro, indi colla legatura metallica*

seguendo il processo di Ricord coadiuvato dalla trazione elastica. — Il sig. P..... Carlo, d'anni 26, da Gallarate, commesso viaggiatore, si accorgeva a 20 anni di essere affetto da varicocele sinistro e che in onta alla applicazione del sospensorio era andato crescendo in modo da acquistare il volume di un limone. Perciò nell' inverno del 1872 recatosi da me in cerca di consiglio gli proposi la injezione coll'acetato di ferro che io aveva già esperimentato con vantaggio in casi consimili. Ma due di simili injezioni non diedero che un coagulo parziale per cui nel maggio del vegnente anno lo operai colla legatura metallica seguendo il processo di Ricord. Ed appunto in quel turno di tempo venne richiamata in onore la legatura elastica che se mi fosse stata nota, la avrei con minore impaccio applicata. Il caso però volle che l' ansa metallica di destra si lacerasse e che la trazione si potesse ancora esercitare colla sinistra che avrei potuto mantenere tesa mediante un serranodo, preferii invece il seguente espediente che mi si presentava sotto mano.

Fig. 4.ª

Liberato l' archetto metallico dalla vite di trazione, passai entro al foro lasciato libero le estremità del filo metallico e che foggiato ad ansa attaccai ad altra elastica costituita da un pezzo di tubo di drenaggio che stirata posi a cavalcioni di una asticella metallica rigida facente punto di resistenza contro alle estremità solcate dell'archetto (Fig. 4ª). Ad ogni volta che intendeva aumentare la trazione non faceva che stirare l'ansa elastica ed applicare un nodo rasente la piccola asta fra essa e le estremità libere del tubo, così ebbi a fare per due vilte finchè al sesto giorno il filo metallico usciva portando combinata con quello di destra un anello perfettamente chiuso (Fig. 5ª). La piaga rimasta guariva prontamente, i due monconi del cordone rimasero per qualche mese circondati da una proliferazione plastica, assorbita la quale si potè constatare la scomparsa perfetta del varicocele.

Fig. 5.ª

Anzichè una legatura la ora descritta sarebbe quindi stata una

trazione elastica, volli cionullameno qui citarla perchè mi servì come di passaggio alla legatura elastica in istretto senso per casi di ugual genere.

b) *Varicocele sinistro.* — Da Gradi Enrico, d'anni 23, possidente da Broni e non mai per lo innanzi ammalato, da 7 anni era affetto da varicocele sinistro cui ultimamente associavasi una lenta affezione gastro-enterica con ostinate emorroidi. Dopo alcune settimane di cura disoppilativa essendo migliorate le condizioni del tubo gastro-enterico e mitigata la congestione emorroidaria, al 23 agosto 1874, gli praticava la legatura elastica del cordone varicoso, circondandolo però prima con abbastanza lungo filo metallico ad ansa che servì ad attrarre l'elastico. Stirate ed incrocicchiate le estremità libere di esso si applicava un nodo al punto della loro decussazione e lasciata la presa il nodo stesso veniva attratto nel *dartos.* Una nevralgia leggiera insorgeva immediatamente e cessava dopo 4 ore ed alla sera vedevasi lo scroto infossato a solcatura in corrispondenza del laccio. Al giorno successivo il mazzo delle vene costituiva un tumore pastoso come se fossero piene di coaguli passivi. Al quinto giorno il cordone spermatico tanto sopra quanto sotto al laccio era ingrossato e duro, seppellendo il laccio; una leggerissima suppurazione si presentava ed al nono il laccio cadeva, con ansa intera lunga mezzo centimetro allungabile ad uno, cioè col diametro di 6 in 7 millimetri.

L'indurimento al luogo della successa recisione persisteva, le vene sentivansi perfettamente obliterate, il testicolo non aveva sofferto mutamenti e l'operato indi a qualche giorno se ne tornava a casa. Rivedutolo indi a quattro mesi sentivansi i due monconi ridotti allo stato normale essendo il varicocele onninamente scomparso.

c) *Varicocele destro.* — Caravaggi Luigi, da Pavia, d'anni 42, contadino, già affetto da varicocele destro, contraeva cinque anni innanzi una blennorragia uretrale, con conseguente epididimite destra, e della quale guariva coi mezzi soliti. Da circa un mese, senza essersi esposto a coito impuro ma per eccesso di fatiche lo scolo ricompariva e con esso la epididimite destra per cui al giorno 4 u. s. febbrajo entrava all'ospitale. Quivi debellati i sintomi infiammatorii che erano piuttosto vivi, onde togliere la causa disponente alla epididimite al giorno 18 detto stesso mese praticavasi la legatura elastica del cordone varicoso con filo a reticella e nel modo già indicato. Tale applicazione fu anche in questo caso seguita da leggiera nevralgia spermatica che durava per sei ore. Al terzo giorno sentivasi come un nodo infiammatorio formatosi all'ingiro della parte al-

laccciata; al quarto sortiva dalla ferita qualche goccia di pus. Al 13.° giorno il laccio staccavasi ad ansa intera del diametro uguale a quella dell'antecedente caso. I due monconi restavano cementati per una proliferazione plastica, le vene sentivansi ripiene di coaguli passivi ed al giorno 2 del successivo aprile veniva dimesso guarito.

Fig. 6.ª

In questo caso essendo l'ansa elastica accidentalmente accompagnata da altro filo non avente tale proprietà, dessa risultava doppia, ma il filo semplice ne segnava una più ampia, l'elastico una più ristretta come a prova che questo più di quello aveva continuato ad agire (Fig. 6.ª).

d) *Varicocele sinistro.* — Il sig. R..... F....., di circa 50 anni, colonello nell'armata italiana, trovavasi da molti anni affetto da varici alla safena interna sinistra e da varicocele dal medesimo lato. La cura delle prime consistette in cinque injezioni di cloralio con esito felice, al secondo applicai la legatura elastica (6 giugno u. s.) nel modo suindicato. Se non che invece di uscire, a giro compiuto, dal primo foro d'entrata inavvertitamente ciò succedeva a mezzo centimetro di distanza, restando così compresa nella legatura anche quella piccola porzione di cute. Un leggier trombo si manifestava subito dopo e veniva curato colle fomentazioni ghiacciate che furono continuate per più giorni e forse troppo a lungo essendo al nono giorno dalla operazione comparsa un'escara della grandezza di un centesimo alla parte inferiore sinistra dello scroto, non oltrepassante però il *dartos* e che presto staccavasi e granulava. Frattanto per potere recidere il cordone, si provò tendere il cordoncino mediante serranodo ma con poco risultato, per cui al 23 dallo stesso mese si stirava l'ansa all'infuori ed un secondo nodo veniva applicato ad un centimetro e mezzo al di là del primo; un terzo veniva posto al 1.° luglio ad un centimetro e due millimetri, ed al giorno seguente il filo staccavasi coll'ansa intera. Durante l'azione del laccio non presentossi alcun accidente, la suppurazione già scarsa durante esso si ridusse a nulla subito dopo, la piaga da gangrena era guarita e quella dalla ferita ed allacciatura in tre giorni chiudevasi. Il mazzo delle vene era ridotto ad un tumoretto pastoso, la solita neoformazione cementava i monconi del cordone e la guarigione poteva dirsi completa.

Il filo staccatosi presentava dal 1.° nodo alla estremità libera la lunghezza di un centimetro e sette millimetri, dal 2.° di un centimetro, e dal 3.° di quattro millimetri, tendendolo queste misure cangiavansi in 3 cent. 4 mill.; 2 cent.; ed 1 cent.; e se si consi-

derino circolari in 2 cent. 4 mill.; 1 cent. 3 mill.; e 6 mill. di diametro.

Oss. XVI. — *Sarcocele destro.* — L.... G...., d'anni 18, studente, d'abito gracile, da circa un anno erasi accorto di un ingrossamento al testicolo destro e che venne sospettato di natura tubercolare. Ma a poco a poco la glandola acquistava la forma ed il volume di un grosso limone, misurando centim. 10 in lunghezza e 6 1|2 in larghezza non era accompagnata da ingorgo glandulare, il cordone però ingrossato aveva un diametro di 3 in 4 centimetri.

Al giorno 18 luglio 1873, si circondava il cordone con un filo elastico della grossezza di 2 millimetri spoglio di reticella, e dopo otto giorni la lunghezza del tumore era ridotta a 9 cent., lo spessore a 6,2, nè mostrando il laccio di essere rilasciato lo si lasciava come era stato applicato per altri 16 giorni, ma non continuando la diminuzione nel tumore, stirato il nodo all'infuori della ferita se ne applicava un secondo a due centimetri al di là. Un lieve turgore si manifestava nella glandula che prontamente recedeva. A sette giorni di distanza si ripeteva la strettura e così dopo altri sette essendosi i diametri del tumore ridotti a 7,5 nella lunghezza ed a 5,8 nello spessore. Un quinto nodo veniva posto ancora ad una settimana dopo ed al cadere del sesto giorno il filo staccavasi portando l'ansa intera (Fig. 7.ª). Dal primo nodo applicato ad essa la estensione la si poteva portare a sette centimetri, a due quella fra il primo ed il secondo, ad uno quella delle altre porzioni; e che tradotti nei diametri sugli estremi dei quali il filo deve essere passato darebbero le cifre di 4 c. 6. m., 3 c. 3 m., 2 c. 6 m., 2 c., 1 c. 3 m., e 6 m.

Fig. 7.ª

Il testicolo era ridotto a centimetri sei e mezzo in lunghezza e quattro e mezzo in spessore e d'allora restava stazionario.

Oss. XVII. — *Fimosi aderente.* — M.... Giuseppe, d'anni 25, vetturale, veniva accolto nella Sala dei venerei il 4 maggio u. s. per balano-postite con fimosi. Già altra volta affetto da balano-postite violenta, nè aveva perforato per gangrena il prepuzio alla parte dorsale verso la base, e sembra che tanto la superficie interna di esso, quanto la superiore del glande da ivi verso l'apice fossero ulcerati essendosi dalla finestra rimastane fino all'apice del glande costituita una solida aderenza. Dessa aveva la lunghezza di tre cent. la larghezza di uno e scorrendovi ai lati collo specillo uscivasi dalla anormale apertura. Un abbondante scolo era dato dalla restante su-

perficie ne sapeva il malato se fosse accidentale o da coito impuro.

Soppressa tale secrezione mediante lavature astringenti e dovendo operare il fimosi, volli prima togliere la aderenza ed anzichè appigliarmi alla incisione che sarebbe riuscita fastidiosa e forse accompagnata da emorragia mi servii della legatura elastica. Passai quindi un'ansa del solito cordoncino a cavalcioni dell' aderenza facendo protrudere i due capi liberi della finestra esistente alla base del prepuzio, ove incrocicchiatili li feci fermare mediante nodo di seta. Ciò succedeva al 13 successivo all'entrata del malato, ed al 16 era incominciata un po' di suppurazione; al nono cercando di stirare all'infuori il nodo, per apporre come si fece un secondo laccio al di là, si trovava che il cordoncino non era più dotato di elasticità, al dodicesimo si applicava un terzo nodo e due giorni dopo il cordoncino cadeva. In esso erasi lacerata la parte elastica del filo (Fig. 8.ª) senza dubbio alla prima trazione e la reticella sola aveva agito come strettojo, motivo per cui l'aderenza non veniva recisa che alla quattordicesima giornata.

Fig. 8.ª

Oss. XVIII. — *Ranula.* — Broglia Maria, d'anni 35, da Pavia, era dall'autunno 1874 affetta da ranula sinistra inutilmente curata colla escisione della parete superiore e colla cauterizzazione.

Al giorno 14 maggio u. s. trovandosi la cisti ripiena del liquido albuminoide e tesa, servendomi di un ago di Dechamps puntuto applicava su quella parete un'ansa di cordoncino elastico comprendendo in lunghezza due centimetri di tessuto e che nel tendere i fili si ridussero ad uno; al giorno 16 successivo il filo staccavasi portando un'ansa lunga sei millimetri, estendibile appunto ad un centimetro che quindi aveva circoscritto una porzione di tessuti del diametro di 6 in 7 millimetri. Attraverso alla apertura risultatane cauterizzavasi per tre volte la cavità della cisti e la guarigione fu radicale.

Oss. XIX. — *Anghectasia al sopraciglio ed alla palpebra superiore del lato sinistro.* — La ragazzina C.... M...., da Varzi, di mesi undici, a poche settimane dalla nascita incominciava a presentare traccie di anghectasia alla palpebra superiore sinistra che andò rapidamente invadendola tutta con un tumore della lunghezza di 4 cent. e 1|2, dell'altezza di 3; cinque altri piccoli tumori della uguale natura erano comparsi alla tempia corrispondente ed uno sulla spalla destra che rapidamente crebbe al volume di un uovo di piccione. I tumori alla faccia sia per la moltiplicità loro quanto per il volume

di quello alla palpebra ed al sopraciglio imponevano maggiormente ed erano stati giudicati inoperabili coi mezzi ordinarii. Esaminando per altro attentamente il maggiore fra essi si vedeva che fra la regione sovracigliare e la palpebra eravi infossata una striscia di pelle sana, parvemi quindi che quei due tumori potessero venire demoliti segmentandoli alla base con varii fili elastici ad ansa.

Coadiuvato quindi dal mio amico collega dott. Giulio Flarer combinai ed applicai una speciale cucitura il cui meccanismo meglio che da qualsiasi descrizione risulta dalle figure schematiche qui unite (Fig. 9ª e 10ª).

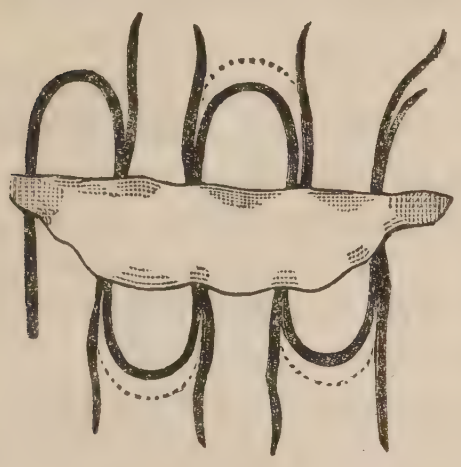


Fig. 9.ª

Fig. 10.ª

Quattro furono le anse applicate facendosi colla loro strettura il tumore teso e di colore livido, con poco dolore al momento e dopo di essa.

Al 7.° giorno staccavasi l'ansa più interna, strette le altre, cadeva nello stesso giorno l'esterna e nel successivo staccavansi le altre tre di modo che il tumoretto restando attaccato per un piccolo picciuolo alla cute venne con un colpo di forbicina staccato.

E così una piaga semplice era sostituita alla parte superiore del tumore. Quando dessa fu in piena granulazione ed in corso di cicatrice, al 12 del maggio seguente operavasi nell'ugual modo la anghectasia palpebrale applicandovi qui pure cinque anse elastiche e soltanto dopo due giorni staccavansi la penultima e terz' ultima verso l' interno, alla sera avveniva lo stesso delle altre due verso l' esterno, restando per ultima l'interna che liberavasi al giorno dopo. Le anse di tutti i fili erano complete e variavano nelle dimensioni da due ad otto mill. Portate alla massima distensione circolare davano un diametro vario fino ad un centimetro. La piaga risultatane granulava prontamente ed incamminavasi a cicatrice. Distruggevansi in seguito i cinque tumoretti esistenti alla tempia col caustico

di Vienna, e ad un mese dopo la ragazzina veniva ricondotta a casa liberata dalle anghectasie sul viso. Ne ebbe però come conseguenza l'*ectropion* al quale, come al tumore sulla spalla, si penserà in seguito.

Oss. XXX. — *Polipo uterino.* — Al giorno 18 ottobre u. s., la signora T... B..., d'anni 46. da Varzi, recavasi da me a farsi visitare perchè molestata da reiterate ed abbondanti emorragie uterine che la avevano portata al sommo grado della anemia. L'aspetto dell'ammalata infatti era tale, avendo la donna da una settimana appena ed alla ricorrenza dei menstrui, sofferto d'abbondantissima perdita di sangue.

All'esame vaginale potei constatare come un polipo fibroso del volume di un uovo di gallina, pendesse dall' utero, entro al quale insinuavasi mediante un peduncolo del diametro di un centimetro e mezzo; al principio di questo sentivasi un altro piccolo polipo del volume di un cece, l'utero era abbassato, ed insinuando l'indice per entro al collo dilatato, si potè sentire come il polipo sorgesse dalla parte destra e verso l'estremo superiore di esso.

Non parvemi che lo stato grave della paziente potesse permettere per il momento qualsiasi operazione; tanto più che la prossima epoca menstruale avrebbe potuto intralciarla, consigliai quindi alla donna di lasciare che questa fosse scorsa, e frattanto le prescrissi una soluzione di percloruro di ferro, che valse a rendere la menstruazione regolare per quantità di sangue emesso e per la durata non chè a far tosto migliorare il generale dell'organismo. Ripresentatasi infatti l'ammalata in lodevole stato il 12 seguente mese, volli tentare sul polipo la legatura elastica.

A quest'intento mi servii della doppia cannula del Levret, entro passandovi un doppio cordoncino elastico dei più sottili, di modo che i quattro capi liberi sporgessero dalla estremità munita di padiglione ed un'ansa doppia del diametro di 5 in 6 cent. restasse all' opposta parte. Sulla guida del dito insinuai la cannula fra il collo uterino ed il peduncolo del polipo al di lui lato destro, mentre coll'indice dell'altra mano cercava di far sormontare dall'ansa il corpo del polipo, nel che, dopo ripetuti tentativi, riuscii. Spingendo in allora all'insù lo strumento, feci stirare dall' assistente i quattro capi liberi del cordoncino alla massima tensione, e mantenendoveli li annodai sul tramezzo all'esterno della cannula. Così lasciando le cose però, la forza elastica restava suddivisa lungo tutta la porzione dei cordoncini attraversanti la cannula, volendo invece ottenerne una maggiore tutto all'intorno del peduncolo, feci eseguire alla cannula

un giro completo da destra a sinistra, fermando i capi del cordoncino alla coscia destra. Esplorato in allora lo stato delle parti, si sentì il laccio esattamente applicato al punto di attacco del picciuolo, quindi al di là del piccolo tubercoletto che sentivasi compagno al voluminoso tumore. Il padiglione dello strumento restava nascosto fra le ninfe.

Nulla affatto sofferse la donna da questa applicazione; al terzo giorno incominciò a fluire dalla vagina un icore fetente, irritante, mentre osservando gli sbocchi esterni della doppia cannula scorgevasi uscirne marcia densa. Questo fatto mi indicava che la strettura mantenevasi salda, dal momento che la marcia, anzichè cadere in vagina, penetrava per le aperture superiori dello stromento, scorrendovi entro; questo d'altronde mantenevasi fisso e nella posizione datagli. Si praticavano injezioni detersive con aqua fenicata, ed al sesto giorno dalla applicazione la cannula rendevasi libera, veniva quindi senza difficoltà estratta mostrandosi l'ansa elastica perfettamente chiusa. Il polipo levato colle dita dalla vagina aveva la forma ed il volume accennati; il laccio era stato realmente applicato al di là del piccolo tumore esistente alla radice di quello, ed il picciuolo era stato perfettamente reciso. La bocca dell'utero la si sentiva libera e la donna in pochi giorni rimettevasi perfettamente in salute, nè d'allora sofferse disturbo alcuno.

Dopo la dettagliata esposizione di questi fatti, messi d'accordo colle considerazioni e cogli esperimenti loro fatti precedere, non che coi risultati ottenuti da altri pratici, parmi di non esagerare concludendo:

1.° La legatura elastica riesce utilissima per la recisione di tessuti animali vivi, di natura varia e complessa;

2.° Tale recisione si compie per una specie di usura molecolare anzichè per processo necrotico repentino.

3.° Colla detta legatura si evita lo spargimento del sangue.

4.° Dessa risparmia soventi istromenti speciali ed apparecchi complicati.

5.° Al completarsi della recisione, non sempre la cicatrice è incamminata.

6.° Per la legatura elastica può servire tanto il filo elastico semplice, quanto quello ricoperto di reti ella.

7.° Il primo di questi essendo suscettibile di maggiore estensione, supera il secondo anche nella forza retrattile; non dà però al momento della applicazione una idea giusta del grado di tensione e può lacerarsi.

8.° Il filo elastico coperto da reticella invece viene da questa limitato nella distensione ed applicato al *maximum* di sua tensione incomincia ad agire quale filo semplice per lasciare ben tosto progredire l'elastico che racchiude.

9.° Si preferirà il filo elastico semplice nelle applicazioni esterne e quando lo si possa facilmente sostituire.

10.° Converrà appigliarsi al filo elastico coperto da reticella nei casi di non troppo facile applicazione per non incontrarsi nella necessità di doverlo riapplicare.

12.° Se anche in simili casi si credesse conveniente adoperare il filo elastico semplice bisognerebbe accompagnarlo con uno di seta perchè possa all'evenienza servire di presa per una successiva applicazione.

12.° Nelle legature sottocutanee onde evitare di recidere il filo all'atto di uscire coll'ago, è bene percorrere prima il tragitto con filo metallico ad ansa che serva ad attrarre l'elastico.

Dell' uso della laminaria digitata negli stringimenti uretrali. — *Memoria del dottore* FRANCESCO PARONA.

Nel mio rendiconto di clinica chirurgica pubblicato l'anno scorso, parlando degli stringimenti uretrali, accennai alla *laminaria* come stromento di dilatazione ed al modo più conveniente, a mio giudizio, di adoperarlo. Allora io notai, che il metodo di dilatazione mediante quest'alga si differenzia sostanzialmente da quelli comunemente, in uso, e che, per la sua particolare azione, tiene il posto di mezzo tra la dilatazione semplice e la divulzione, senza partecipare ai difetti dell'una o dell'altra, e che in esso, la estrazione succede senza difficoltà e va scevra da dolori e sicura da spiacevoli accidenti.

Sebbene fin d'allora io fossi persuaso che colla laminaria si possono ottenere ottimi risultati, tuttavia mi trattenni dall' entrare in maggiori particolarità, essendochè non aveva alla mano fatti che, per numero e qualità, bastassero ad appoggiar la mia opinione. Ora però, dopo nuovi esperimenti ed indagini più accurate, ritorno, sull'argomento, poichè esso merita di essere preso in esame più di quello che siasi fatto fin quì. Così potrò rettificare alcune idee emesse dagli scrittori intorno alla laminaria, le quali a mè paiono erronee o per lo meno esagerate; e, mettendo in evidenza i vantaggi di quest'alga,

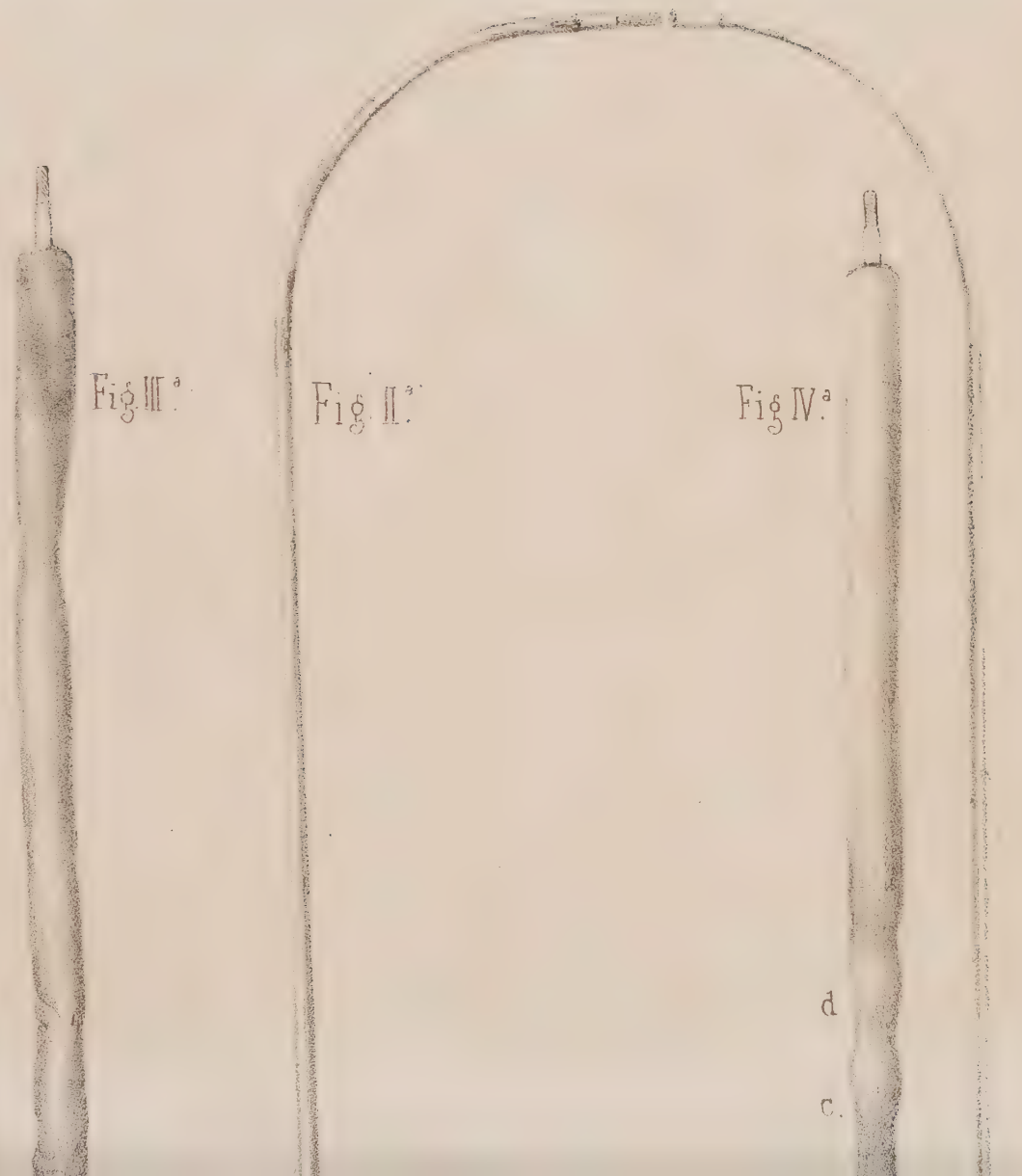


Fig. III.ª
Fig. II.ª
Fig. IV.ª
d
c.

Fig. I.a

procaccierò favore al metodo della dilatazione, ben meritevole d'essere più diffuso. Tant'è, che coloro stessi i quali pensano che per ogni forma patologica occorra un trattamento particolare, consigliano, che almeno nei primordii della cura degli stringimenti, si faccia ricorso ad esso, come a metodo d'ogni altro più comodo e più semplice Infatti, Thompson, il quale tiene in molto credito la *uretrotomia*, dopo d'aver dichiarato: che è sempre dalla dilatazione che si deve incominciare, soggiunge: che pur ne' casi di stringimenti i più innoltrati, non dovrassi ricorrere ad alcun atto operativo prima d'aver tentata la dilatazione. Anche Reverdin recentemente scriveva: *l'uretrotomie est indiqué quand la dilatation progressive est impuisante ou nuisible.*

Tale pratica, in vero, oltre all'essere prudente, è anche razionale; poichè prima d'aver tentata la dilatazione, riesce assai difficile lo stabilire lo stato d'alterazione dell'organo nel suo insieme, essendochè si diano complicazioni ed associazioni patologiche tali da alterare la sintomatologia, per cui, in molti casi, non è agevole il precisare, quale fra vari procedimenti chirurgici sia il più indicato.

In seguito ad accurate ricerche bibliografiche ho potuto riconoscere che la maggior parte degli scrittori, anche de' più distinti, non hanno tenuto nel debito conto la laminaria. Il Thompson, Reliquet, Gosselin, Loretta, Curtis, Martin, non ne parlano; e que' pochi che di essa trattarono, nè dissuasero l'uso. Il solo, per quanto mi consti, che approvasse quest'alga negli stringimenti uretrali si fu il Newman, il quale però incorse in non poche inesatezze.

Fra gli oppositori stà il Le-Fort, il quale, nel *Dictionaire des sciences medicales*, 1868, apertamente dichiara: che, la laminaria negli stringimenti uretrali, dev'essere assolutamente rigettata; perchè, com'egli dice, può dar luogo ad inconvenienti assai gravi. Ecco come egli si esprime: *la sonda non si dilata regolarmente fuorchè nei casi in cui trovasi in un canale regolarmente dilatabile. Se una parte del canale è meno dilatabile di un'altra, la laminaria presenta degli stringimenti e dei gonfiamenti alternati, ed è pressochè sicuro che, nel più dei casi, l'estremità vescicale della sonda, più dilatata che non alla parte corrispondente al restringimento uretrale, non permette di ritirare la bugia dilatatrice senza uno sforzo capace di lacerare l'uretra, o di spezzare la sonda, lasciandone una porzione nel canale o nella vescica. Tale accidente sarebbe pure a temersi quand'anche s'introducesse la laminaria a guisa di mandarino nell'interno d'una sonda di cauchout vulcanizzato.* Così egli.

Il dott. Heckel, nella sua *storia medica farmaceutica* dei principali medicamenti introdotti nella terapeutica in quest'ultimi dieci anni, si esprime in guisa poco diversa dal Le-Fort. *I cilindri di laminaria*, dice quell'Autore, *hanno un inconveniente, ed è, che essi non si dilatano in modo uniforme nelle fistole; che in alcuni punti presentano delle differenze di calibro, per cui, quando si devono estrarre, il chirurgo prova gravi difficoltà, ed il malato gravi sofferenze.* E soggiunge: *non è possibile ovviare a tali inconvenienti qualunque siano gli artifizi proposti.*

Il prof. Corradi, nel suo *Trattato sulle malattie degli organi orinari*, fa menzione delle candelette di laminaria colle parole seguenti: « il desiderio di avere delle candelette che dopo l'introdu-
« zione nel restringimento possano ingrossare e produrre maggior di-
« latazione, ha fatto pensare ad altre sostanze igrometriche; perciò
« sono state costrutte candelette di laminaria, le quali (come le
« candelette di budello), godono di tale proprietà. Ora, questo desi-
« derio sorge principalmente quando vi ha un forte restringimento;
« ma in questo caso, dovendosi adoperare una candeletta molto sot-
« tile, è facile che si rompa, se essa è fatta di laminaria. Ognuno
« intende adunque il perchè queste candelette sieno state general-
« mente rigettate. »

Come ho accennato più sopra, l'unico autore il quale siasi mostrato favorevole alla laminaria, si è il dott. Roberto Newman (1); però del suo scritto non potei leggere altro che un sunto inserito nel *Bulletin general de Terapeutique*, il quale qui si riporta, dando esso una sufficiente idea del come il Newman la pensi a tale riguardo.

« Allorchè questa lesione (lo stringimento uretrale) ha raggiunto
« un grado molto inoltrato, egli è talvolta difficile, ed in ogni caso
« assai lungo, l'arrivare ad un risultato soddisfacente coi mezzi
« incruenti adoperati oggidì. Il dott. Roberto Newman ha esperi-
« mentato in tali casi la laminaria ridotta a forma di bugia di di-
« versa grossezza. Essa deve avere il medesimo volume in tutta la
« sua lunghezza, e, prima dell'introduzione, devesi inverniciare la
« porzione che va sotto l'ultimo stringimento, sopratutto quella che
« entra nella vescica. La vernice vuol essere applicata a più strati
« ed essicata prima di far uso della candeletta. Siccome l'olio im-
« pedisce la dilatazione della laminaria, non bisognerà adoperarlo.

(1) « New York Med. Record. » — « Medical Presse and circular. » 16 ottobre 1872.

« Prima della introduzione si può mettere la candeletta nell' acqua « affine di rammollirla alquanto. Innanzi tutto importa vuotare la « vescica onde non si distende di soverchio; iniettare dell' acqua « nell'uretra per rilassarne le parti ed aiutare la dilataziane della « bugia; riconoscere con esattezza la lunghezza dell'uretra e la sede « dei restringimenti, e adattare la bugia a seconda di tali indica- « zioni. Ciò fatto, bisogna introdurla d'un sol tratto, senza esitanze, « senza girarla od arrestarsi per via, perchè, trascurando tali av- « vertenze, si da luogo a dolori e la dilatazione succede innanzi « tempo. Si può lasciare la candeletta nel luogo per un'ora o due, « secondo i casi e la sensibilità dell' ammalato, il quale in questo « mentre giacerà sdraiato e sotto la sorveglianza del chirurgo. Nel « praticare poi l'estrazione della bugia, bisogna fare una trazione « ferma e progressiva nella medesima direzione. Quando lo stringi- « mento è grave assai, o vi ha urgenza, il trattamento in questione « è il più conveniente. Si introduce la laminaria N. 1 bene più age- « volmente che le sonde ed i cateteri ordinari. In poche ore l'am- « malato può orinare senza difficoltà; egli non è obbligato a letto « come quando s'adoperano i divulsori; non vi ha luogo nè a dolori, « nè ad altri funesti accidenti. Quando lo stringimento è abbastanza « dilatato da permettere il passaggio d'una sonda di maggior cali- « bro, la laminaria ha ottenuto il suo effetto, e allora sarà meglio « abbandonarla, e applicarsi ad altri mezzi, quali sono le sonde di « acciaio od il galvanismo. »

Credetti opportuno riferire tali notizie e giudizi intorno alla laminaria, affinchè ognuno, ponendoli a riscontro tra loro e con quello che sarò per dire, possa convenientemente apprezzarli e formarsi un giusto criterio sull'argomento in quistione.

La *laminaria digitata* è un alga del gruppo delle *zoospore* e si trova comunemente sulle coste dell' Oceano e particolarmente sulle scoliere lungo le spiaggie di Normandia. Il suo volume varia tra quello d'un fuscello, e quello d'un braccio di adulto. Questa pianta, come Heckel attesta, similmente a tutte le talassiofiti contiene dello iodio allo stato di ioduro alcalino, in quantità sette volte maggiore che nel *fucus vescicolosus*, frammisto a materia amidacea e posto tra la trama cellulosa che costituisce il suo parenchima.

Planchon (1), esaminando col microscopio una sezione di laminaria digitata, la trovò composta a tre strati. Il primo formato d'una

(1) « Traité pratique de la determination des drogues simples d'origine vegetale. »

serie di cellule a piccole aperture, densissime, addossate le une alle altre, e contenenti una materia cromogene di color giallo-verdognolo. Il secondo, d'una larga zona formata di celle arrotondate o poliedriche, a pareti, per la più parte, sinuose. Il terzo, di una zona centrale formata da cellule più piccole, ordinariamente allungate, sinuose, strette, racemose ed intrecciate le une alle altre.

Avverte lo stesso Autore che, ponendo alcool sopra una sezione di laminaria secca, le cellule delle parti medie e centrali si vedono, qual sono, fortemente contratte su loro stesse; ma che, posta in contatto con una goccia d'acqua, le cellule si gonfiano d'un tratto, la massa si distende, prendendo dimensioni molto maggiori, per cui ne deriva un notevole aumento del diametro primitivo.

Per mia parte, in seguito alle fatte osservazioni, posso aggiungere: che l'accennata dilatazione succede pressochè esclusivamente in senso laterale o centrifugo; che la tessitura dell'alga appare più fibrosa nello strato centrale e che le fibre hanno pressochè tutte una direzione longitudinale per cui la resistenza dell'alga è più spiccata in tale senso.

A motivo della sua particolare proprietà, di potersi gradatamente dilatare, la laminaria digitata, dopo d'essere stata adoperata da Thore per costrurre igrometri sensibilissimi, venne da Sloan de l'Ayr (1) introdotta nella pratica chirurgica quale corpo dilatante in surrogazione della spugna preparata, delle radici di genziana, ecc.

A seconda degli scopi ai quali la si volle far servire, venne data alla laminaria una forma speciale; ed è per ciò che trovansi in commercio cilindretti di laminaria più o meno grossi, più o meno lunghi, e perfino di quelli forati nel centro; affinchè, durante la loro applicazione, non abbiano ad intercettare il decorso delle marcie o di altri liquidi. Io però intendo occuparmi unicamente della laminaria ridotta in forma di candelette.

Sonvi in commercio candelette di laminaria di varia grandezza e graduate del N. 1 fino al N. 12, (filiera inglese). Esse hanno una lunghezza di circa 30 cent. e sono rettilinee. Da noi ve ne ha di due qualità e pare s'abbiano una provenienza diversa. Quelle che vengono dall'Inghilterra presentano una superficie liscia, lucida, uniforme e, guardate contro luce, appariscono diafane e d'un color rosso corallino. A seconda della loro grossezza sono, naturalmente, più o meno rigide però sempre abbastanza cedevoli da potersi curvare fa-

(1) « Glascow Med. Journ. » et « Britisch. Med. Journal. » 28 febbrajo 1863.

cilmente solo che per poco siano tenute fra mani calde ed umide. Le più sottili poi, hanno una elasticità ed una resistenza pari a quella d'uno specillo d'osso di balena, ed appena vengano un pochino riscaldate, diventano subito più malleabili.

L'altra qualità di candelette di laminaria, che chi ne fa commermercio asserisce provenire dalla Germania e che, immeritamente, trovasi la più usitata, differisce dalla preaccennata per avere la superficie ruvida, polverosa, biancastra, con venature di color oscuro od anche crepaci, o residui di corteccia, e per essere più molli e pastose.

Il divario che passa fra tali due specie di laminaria è di molta importanza nella pratica, in quantochè la prima trovasi pressochè costituita dalla parte centrale dell'alga, l'altra invece lo è quasi nella totalità dallo strato medio e da qualche residuo dello strato esterno; il che fa sì, che irregolarmente e troppo rapidamente essa si gonfii e si rammollisca, a motivo della differente tessitura, che, come abbiamo visto, esiste tra i differenti strati. Aggiungasi: che la sostanza cromogene indicata da Planchon, si rinviene particolarmente negli strati superficiali, e questa, con altre sostanze terrose, contribuisce a rendere più irregolare e rugosa le superficie della candeletta, massime dopo gonfiata. Al contrario, le candelette della prima specie, quelle cioè costituite interamente o quasi dallo strato interno, sono assai elastiche e perciò molto difficilmente si spezzano. Esse si gonfiano con maggior lentezza ed uniformità; la loro superficie si mantiene liscia e morbida per modo che l'estrazione torna molto meno imbarazzante. Di più, dopo rammollite, conservano maggior coesione sebbene anch'esse si gonfino considerevolmente.

Per tutto questo io sono d'avviso che nella pratica chirurgica non debbansi adoperare che bugie di laminaria formate dal solo strato interno.

Alcuni botanici opinano doversi la dilatabilità della laminaria ai sali deliquescenti ch' essa contiene i quali assorbano la umidità; e che, in conseguenza, perda tale sua proprietà, ove venga ripetutamente lavata nell'acqua dolce. Bisogna però credere che la facoltà di dilatarsi della laminaria non provenga solamente dall' accennata cagione e che molto v'influisca eziandio la porosità e capillarità del suo tessuto; poichè viddi alcuni pezzi di laminaria immersi sei o sette volte nell' acqua semplice, gonfiarsi notevolmente. Se però la laminaria dopo esser stata adoperata a lungo ed immersa un paio di volte nell'acqua, non scema in forza d' espansione, pure la sua tessitura si fa più compatta e lignosa. Ciò probabilmente avviene

non solo perchè la si è spogliata dai sali deliquescenti, ma ancora perchè ha perduto le materie gelatinose, mucilaginose od albuminose che in essa si contenevano.

Una buona candeletta di laminaria quadruplica e sestuplica il suo volume allorquando sia immersa nell' acqua; e più il suo volume è grosso, e più lentamente si dilata. Però, in media, bastano due ore d'immersione per raggiungere un volume triplo o quadruplo di quello che prima aveva.

Anche la temperatura influisce sulla rapidità della dilatazione: così, nell' acqua calda, la laminaria gonfia più presto che nella fredda.

Come si è detto, il Newman sconsiglia dall'ungere con olio le bugie di laminaria, ritenendo egli che le sostanze grasse si oppongano alla dilatazione della medesima. Ma l'esperienza ebbe a convincermi ciò non esser vero; per cui, ho sempre usato ungere con olio le candelette prima d'introdurle nell'uretra, e ciò, senzachè mai mancasse la dilatazione. Un pezzo di laminaria, da me lasciato per 24 ore immersa nell'olio, gonfiossi quanto altro pezzo eguale che non aveva subito tale preparazione.

Le sonde di laminaria digitata furono da me adoperate in tre differenti maniere: in forma cilindrica, assottigliate a guisa d' uno specillo alla estremità vescicale e in forma conica ed avvitate su d'una guida flessibile di Maissoneuve.

Adoperai la forma cilindrica nei casi di stringimenti uretrali leggieri dopo d'averle data una curvatura simile a quella dei cateteri ordinari.

Negli stringimenti callosi e gravi, nei quali non si riesca a penetrare colle guide flessibili di Maissoneuve, feci uso dei numeri più bassi delle candelette di laminaria ridotte all'estremità vescicale in forma conica, ed olivare. Foggiate in tal guisa le candelette riescono più flessibili, presentano sufficiente resistenza da poter superare lo stringimento od almeno d'impegnarsi in esso; e siccome il calore e l'umido le rendono sempre più molli, così non vi può essere il pericolo segnalato dal prof. Corradi, cioè, di rompersi nel canale. Anzi, ci sarebbe piuttosto l'inconveniente opposto, vale a dire, di rammollirsi di troppo ogni qualvolta non si possa spingere con prestezza la siringa contro il punto che si vuole dilatare. Da ultimo, quando si trattò d'introdurre nell'uretra una candeletta di maggior volume, con sicurezza, senza tema di deviare e con sollecitudine, in tutti i casi insomma di restringimenti d'una certa gravità, ho premesso la guida di Maissoneuve assicurandola alla sonda di laminaria.

Nella fig. 1ª della tavola qui unita, si vede chiaramente come la laminaria venga assicurata alla guida; ne v' ha timore che manchi la presa, avvegnachè il pezzo di laminaria sia non solo avvitato sul capellotto metallico, ma anche fissato a questo con spina trasversale. Notisi inoltre, che nel farne la estrazione non si esercita sul punto di congiunzione alcuna forza di trazione; essendochè, le parti superiori della sonda trovandosi più dilatate, il canale si trova aperto. Di più, la laminaria gonfiandosi viene a fissarsi in modo più fermo nel capelletto metallico. Anche con tutto ciò, per maggior sicurezza, è mio costume d'inverniciare, per circa un centimetro, la laminaria all'estremità vescicale affinchè questa non gonfi o si alteri.

L'atto operativo adunque riesce semplicissimo, e con poche avvertenze ognuno può eseguirlo. L' introduzione d' una candeletta cilindrica di laminaria non si opera diversamente dal cateterismo ordinario; però, quando occorresse di penetrare nello stringimento con una sonda a specillo senza guida, sarà bene il premettervi uno scandaglio con altro strumento, onde poter farsi un criterio esatto della strada a percorrere, e penetrare con sicurezza e sollecitudine.

Prima d' introdurre la laminaria nell' uretra bisogna accertarsi che essa sia della miglior qualità; che il suo volume sia proporzionato al lume dello stringimento affinchè valga a superarlo senza sforzo e violenza; che essa sia ben assicurata alla guida e che la vescica sia vuota onde non essere poi obbligati ad estrarla prima di aver compiuta la operazione. Con queste precauzioni, e colle cautele comuni ad ogni operazione sull'uretra, vuotare cioè il retto, rilassare le parti con semicupio caldo, ecc., l' introduzione della sonda di laminaria riesce sempre facile e poco dolorosa. Dopo di ciò si avrà cura che l'ammalato rimanga a letto tranquillo ed il chirurgo dovrà diversamente regolarsi secondo i casi. Se gli stringimenti sono molteplici o assai callosi, converrà, ogni mezz'ora, od anche prima, estrarre la laminaria per un centimetro circa, od almeno tanto che basti affinchè la parte corrispondente allo stringimento sia da essa disimpegnata onde non si formi una docciatura troppo profonda la quale renda poi difficile la estrazione. A questo modo si evitano gli inconvenienti temuti dagli scrittori e si porta la dilatazione al punto che si vuole, per gradi e senza scosse e violenze.

Qualora il paziente sia molto irritabile, e particolarmente se interessa d'aver riprodotto lo stato del canale uretrale sulla candeletta, questa verrà lasciata in luogo per una mezz' ora soltanto, o poco più; e si rimanderà alla seduta successiva una maggiore dila-

tazione. Se poi lo stringimento è leggiero ed elastico, si può lasciare la candeletta in luogo per due ore di seguito senzachè perciò s'abbiano ad incontrare serii ostacoli nel farne la estrazione. Tale spazio di tempo io credo sufficiente a dilatare qualsiasi stringimento in modo da potersi, subito dopo, superare con una siringa di gomma N. 5, ed in qualche caso anche coi N. 8 o 10, (*filiera inglese*).

Il tanto temuto momento dell'estrazione si eseguisce impugnando con una mano il membro e facendo colla stessa punto d'appoggio sul pube, e coll'altra mano esercitando sulla sonda una trazione ferma e progressiva in alto ed all'avanti, finchè la candeletta sia totalmente estratta. La estrazione, eseguita nella maniera da me indicata, e per nulla difficile, nè cagiona lacerazioni od altro. A facilitare l'escita della sonda concorre, oltre alla sofficità e pastosità che coll'umido assume la candeletta, anche una sostanza mucilagginosa la quale, durante l'applicazione si raccoglie tra la candeletta e la mucosa uretrale e che, a quanto sembra, deriva da una combinazione delle sostanze albuminose della laminaria coi prodotti di secrezione dell'uretra. Tale sostanza lubrica ed involge la candeletta e fa l'effetto d'una materia oleosa. A dimostrare che le difficoltà, all'atto dell'estrazione della laminaria furono esagerate, basti il far noto che in due casi, un mio ammalato la estrasse da se dopo due ore d'applicazione.

D'ordinario, ed immediatamente dopo l'applicazione, uso introdurre in vescica una siringa di gomma elastica d'un diametro corrispondente al punto più ristretto del canale e la lasciò in luogo per 24 ed anche 48 ore; scorse le quali concedo all'ammalato che cammini ed attenda alle solite occupazioni.

Non è necessario il ripetere la dilatazione colla laminaria più di una volta o due; però, nei casi di stringimenti callosi e d'antica data si potrà, senza inconvenienti, ripeterla più volte.

Tra una seduta e l'altra lascio l'intervallo di quattro o cinque giorni, durante i quali mi limito ad introdurre nell'uretra delle bugie di cera, lasciandole ivi per qualche minuto.

In via ordinaria, l'ammalato, lungi dal dare segni di reazione locale o generale, si mostra anzi rialzato nel morale a cagione del pronto ed insperato sollievo che prova.

Con tutto ciò non intendo dire che in ogni caso la sola laminaria valga a guarire uno stringimento e che non possa in seguito tornar utile la dilatazione graduata o l'uretrotomia; ma voglio dire che l'efficacia sua è grande, ed in prova, valgano i seguenti fatti.

Osservazione I.

Un appaltatore dell'età di 35 anni, di buona costituzione, ma assai impressionabile, s'ebbe in sui vent'anni un leggiero scolo che guarì perfettamente in quindici giorni. Più tardi (1866) mentr'era militare in servizio attivo, ne provò un secondo. Questa volta il male durò a lungo, un po' per la sua maggior violenza ed un pò pel modo imperfetto ed interrotto col quale venne curato; per cui rimase uno scolo che compariva e scompariva a seconda della vita più o meno regolata del paziente.

Nel 1868, cioè due anni dopo la seconda blennorragia, l'ammalato s'accorse che le urine gli fluivano irregolarmente e, dietro una esplorazione uretrale statagli praticata dal prof. Bezzi, conobbe d'essere affetto da stringimento. Si assoggettò alla dilatazione graduata temporaria, ma, dopo poco tempo avendo intralasciata la cura, la malattia gli si riprodusse.

Nel 1873, minacciato da iscuria, fu visitato da altro medico il quale trovò il canale ristretto in più luoghi, ma particolarmente verso l'uretra membranosa dove la stenosi appariva già tale da non essere superabile neppure con piccolissimo catetere. In seguito all'esame che gli era stato fatto, essendone derivata copiosa emorragia, accompagnata da febbre a freddo assai violento, l'ammalato si scoraggiò e non seppe decidersi ad una cura locale. La malattia progredì fino al marzo di quest'anno, nel qual tempo fu da me per la prima volta visitato. La cura però non potè essere intrapresa che nel mese successivo, e ciò, per urgenti impegni del paziente. Questi si pose finalmente a letto quando il male ve lo costrinse con violenti dolori alla vescica, con giornalieri e violenti febbri a freddo o col ridurlo a non poter evacuare le orine che goccia a goccia e solo dopo forti e prolungati premiti.

Il canale trovavasi ingombro da un muco pus denso, filante e fetentissimo, evidentemente proveniente dalla vescica. Ciò gli produceva vivissimo bruciore lungo l'uretra e per lunghe ore, otturandogli il canale, impediva affatto lo stillicidio delle orine; per cui, il povero paziente, fra gli spasimi passava quasi tutto il giorno in ginocchio, col vaso fra le coscie, e stirandosi il pene per tentare d'orinare.

Dalle fatte esplorazioni mi risultò che l'ostacolo maggiore trovavasi nelle parti più profonde dell'uretra membranosa e che era così grave lo stringimento in tale punto da non essere superabile colle più piccole sonde. Tentai quindi d'entrare in vescica con una guida dell'uretrotomo di Maissonneuve, ma indarno. Ricorsi allora

ai semicupi caldi, ai clisteri emollienti e, successivamente, alle mignatte al perineo, all'oppio, al bromuro di potassio, e finalmente dopo tre giorni di pazientissima assistenza, e dopo ripetute e lunghe sedute, potei riescire nell'intento. Ma se ciò valse a rianimare l' ammalato completamente demoralizzato, io però mi trovava tuttora assai imbarazzato sul partito da prendere, in vista specialmente della urgenza del caso. L'uretrotomia interna mi parve assolutamente contro indicata, atteso le condizioni generali del paziente, e più ancora, per la cistite in corso e per la qualità delle orine. Lo stringimento all'uretra membranosa era tale da non lasciar speranza di poter sostituire alla guida una siringa cava, per quanto piccola essa fosse. Inutile anche il lasciare la guida in luogo nella speranza che l' orina filtrasse tra essa e la parete uretrale, poichè il denso muco che ingombrava il canale vi si opponeva assolutamente.

Fu in tale condizione di cose che pensai d'innestare la laminaria alla guida nel modo sopra indicato. In breve tutto fu preparato, la candeletta introdotta e, dopo tre quarti d' ora, estratta, potè essere sostituita da una siringa di gomma N. 6.

(*La fig. II. del disegno qui unito rappresenta la laminaria prima dell'introduzione*; *la fig. III la stessa dopo l'estrazione*).

La laminaria era penetrata nell' uretra per venti centimetri; ed esaminatala dopo l' estrazione si potè sovra di essa riconoscere che alla distanza di dieci centimetri dall'orificio esterno del membro, si trovava uno stringimento di grado leggiero e regolare; ad un centimetro più oltre, un secondo stringimento, lungo, irregolare e sinuoso (fig. 2 b.), ed un terzo meno lungo e più regolare, ma più stretto, alla profondità di diciassette centimetri. Quest'ultimo stringimento, come indica la figura, non era perfettamente centrale, ma a destra dell'asse.

Sebbene, come si vede della fig. 3ª, gli stringimenti fossero vari e gravi, tuttavia la estrazione fu nè difficile, nè laboriosa. Non una goccia di sangue uscì dal canale, non il più leggiero movimento febbrile tenne dietro all'operazione; anzi, avendo l'infermo potuto vuotare completamente la vescica, un lungo e tranquillo sonno venne a ristorarlo dalle lunghe veglie sofferte.

Dopo 24 ore si estrasse la siringa e per tre giorni altro non si fece che rimetterla nell'uretra momentaneamente per poter apprezzare lo stato degli stringimenti e per poter lavare la vescica con acqua leggermente fenizzata. Alla quarta giornata, parendomi che l'ultimo stringimento si fosse un poco coartato, ripetei l'introduzione della laminaria, la lasciai in luogo per due ore, solo ritirandola un

pochino di tempo in tempo. Dopo ciò si potè penetrare con una siringa N. 10, e, d' allora in poi, il paziente si è sempre introdotta una sonda di stagno d'egual volume di quella di gomma ed anche oggidì non rileva indizi di recidiva.

Osservazione II.

Certo C. V. di Novara, d'anni 30, maestro di musica, all'età di 24 anni ebbe uno scolo che gli riescì specialmente molesto nei primi venti giorni, a motivo delle prolungate erezioni, del bisogno frequente di mingere, della materia purulenta che secerneva dal canale uretrale, e del vivo bruciore che risentiva alla radice della verga quando gli occorreva di orinare. Quattro anni dopo, soggiornando al Cairo, in seguito ad una lunga passeggiata sotto un sole cocente, cominciò a provare difficoltà nell'emettere le orine e, passati tre mesi, al finire d'una giornata trascorsa in festa, si trovò impossibilitato ad orinare. Ricorse al chirurgo il quale riconobbe che nella porzione uretro-bulbosa s'era formato uno stringimento, non avendo potuto superare quel punto altrimenti che mediante un sottilissimo catetere metallico.

Un'anno fa, essendosi di nuovo e completamente manifestata la iscuria, il paziente commise la imprudenza d' introdursi nell'uretra un grosso ago da calze, nella lusinga di potersi schiudere un varco alle orine; invece, si formò, in corrispondenza allo stringimento, una falsa strada la quale diede luogo ad un copioso gemizio di sangue. Il medico che in tale congiuntura fu chiamato ad assistere l'ammalato, lo assoggettò alla dilatazione graduata; ma mentre si riprometteva ottimi risultati, questi dovette interrompere la cura per ragioni dell'arte sua.

Nell'aprile di quest'anno (1875), chi scrive, in unione al chiariss. dott. Pogliani, fu chiamato presso l' ammalato e lo trovò con piscio sottile, tortuoso, breve e, molte volte, preceduto da fiocchetto bianco. Le orine erano chiare, acide; il paziente risentiva frequente bisogno di mingere e l'uretra provava maggior sensibilità verso la regione bulbosa. Esplorato il canale dell'uretra, a dieci centimetri dal meato orinario, si trovò uno stringimento che era superabile soltanto con una sottilissima siringa olivare di gomma elastica.

Nel giorno seguente, non essendovi controindicazione, s'introdusse col mezzo d'una guida, una candeletta di laminaria N. 2; la si smosse due volte, durante le due ore che rimase nel canale e quindi, estrattala, si potè entrare in vescica con una siringa di gomma elastica N. 9.

Nel caso in discorso, lo stringimento era unico, e distava effettivamente 10 cent. dall'orificio esterno. Il canale, al luogo dello stringimento, deviava alquanto a sinistra. Dopo 24 ore, non essendo sopraggiunta complicazione di sorta, si lasciò che l'ammalato s'alzasse da letto. Scorsi quattro giorni si ripetè l' operazione , dopo del che, potendo l'ammalato introdurre da sè una siringa di gomma elastica N. 10, senza provare dolore, non fu fatto altro. L' individuo di cui si tratta trovasi anche presentemente in ottime condizioni di salute.

Osservazione III.

Fiorenzo Batt. d'anni 36, di professione ombrellaio girovago, il 19 marzo di quest'anno (1875), entrò all'Ospedale maggiore di Novara affetto da orchite sinistra. Dalle indagini anamnestiche potei conoscere che l'orchite proveniva da blennorragia; e seppi che da più anni l'ammalato provava difficoltà ad emettere le orine per causa d'uno stringimento uretrale ribelle alle ripetute cure dilatatorie. Mediante la siringazione mi fu dato di rilevare, che la stenosi era unica, situata alla estremità membranosa e tale da permettere il passaggio solamente ad una sonda N. 4 (*filiera francese*).

Bastò introdurre una sol volta una candeletta di laminaria N. 2, munita della guida, perchè il lume del canale si allargasse di tanto da aprire libero passaggio ad una siringa di gomma N. 10. In tale stato l'ammalato lasciò l'Ospedale, nè si ebbero ulteriori notizie sul conto suo. Anche in questo caso, durante la cura, non si ebbero mai nè emorragie, nè altro sconcerto locale o generale.

Osservazione IV.

Il caso che qui si descrive, riguarda un egregio avvocato novarese dell'età di 48 anni circa. I primi sintomi di stringimento uretrale gli si manifestarono all'età di 22 anni poco dopo una blennorragia stata curata con ripetute injezioni di nitrato d' argento, praticate senza regola e senza essere state consigliate da persona dell' arte. Tra i 30 ed i 40 anni, gli incomodi inerenti all'ostacolo uretrale s'accrebbero a segno che il paziente, a poter orinare, dovette spesso ricorrere ai semicupi, ai pediluvi di senape, al ghiaccio, alle sanguisughe, ecc.; molte volte le toccò di rimanere 24 ore senza emettere goccia di orina.

Sul finir di luglio del 1869, lo stringimento complicossi a gravissimo ascesso perineale che si diffuse allo scroto ed alla coscia si-

nistra. Ciò decise il paziente ad assoggettarsi ad una cura regolare. A tal fine si fissò alcuni mesi in Milano presso una Casa di salute ed ivi fu visitato e curato da parecchie notabilità chirurgiche e subì varii trattamenti, non esclusa la dilatazione forzata. Ma il risultato fu poco soddisfacente; per cui l'ammalato lasciò lo stabilimento pressochè nelle condizioni di quando vi era entrato, non potendoglisi ancora penetrare nel canale più di 12 o 13 cent.; avendo fistole perineali ed orinando con molto stento.

Nell'anno 1874, agli incommodi già esistenti causati dallo stringimento e dalle fistole perineali, vi si aggiunsero perdite involontarie delle orine e sintomi di cistite catarrale; per cui l'ammalato si trovava in condizione molto grave. In tale stato di cose egli si commise alla mia cura.

Le orine venivano emesse a sole gocciole e dopo prolungati premiti; esse erano torbide e di odore ammoniacale. Al perineo eravi una fistola che stillava orine; durante la notte, perdite involontarie. Esplorato il canale dell'uretra non potei penetrarvi, con nessun istrumento, oltre i 14 cent., e rilevai che anche lungo la porzione di canale permeabile, la parete appariva come rugosa. Tastando colle dita al perineo, nella direzione del canale uretrale, si sentiva un tessuto duro e calloso; tra l' ano e lo scroto si trovava una fistola urinosa; di più, il paziente era emorroidario e d' abitudine di ventre assai costipato.

Stante la ristrettezza, callosità e tortuosità dello stringimento, era impossibile superarlo, sia coi divulsori, sia colla dilatazione graduata a mezzo di candelette, ed anche col conduttore dell' uretrotomo di Maisonneuve. Divisai perciò di dilatare un po' alla volta il canale, impegnando nello stringimento delle sottili candelette di laminaria e l'esito corrispose benissimo; giacchè, in un tempo relativamente breve potei avanzarmi nel canale fino a diciasette centimetri. Ma in seguito a questo parziale risultato, essendosi non poco alleviate le sofferenze dell'ammalato, questi divenne meno assiduo alla cura e finì coll'interromperla affatto; perciò non tardarono a riapparire la iscuria e la cistite; la fistola al perineo, che era quasi guarita, si riaprì e l'ammalato fu preso da brividi a freddo ed ebbe un accesso scrotale.

Vinte le insorte complicazioni col riposo, cogli emollienti, cogli antiflogistici, il chinino, ecc. ripresi la cura dilatatoria e, rapidamente riguadagnato il perduto, potei alla fine penetrare in vescica con una guida di Maisonneuve, e, per mezzo di essa, introdurvi anche una sottile candeletta di laminaria. Tanto bastò perchè dopo

due ore circa, vi si potesse sostituire una siringa di gomma elastica N. 7.

La candeletta di laminaria, sebbene durante la sua introduzione non la si sia mai smossa, e l'estrazione sua perciò riuscisse alquanto laboriosa, tuttavia non recò al paziente alcun danno nè mediato, nè immediato.

Esaminata la candeletta di laminaria appena dopo l'estrazione, si riconobbe: che dall'orificio esterno al primo stringimento passavano 14 cent.; che la candeletta (fig. IV) dal punto *a* fino al *d*, era più ristretta della restante parte e che nei punti *a b c d*, la ristrettezza era più sentita. Il canale in tale località faceva una inflessione a destra.

La siringa di gomma elastica N. 7, stata introdotta dopo la laminaria, venne lasciata in permanenza nell' uretra per una giornata e mezza. Scorsi quattro giorni si ripetè la dilatazione con un pezzo di laminaria un po' più grosso, e, scorsi altrettanti giorni, si ripetè la stessa operazione per la terza ed ultima volta. Dopo di ciò, fu possibile introdurre in vescica colla massima facilità una siringa di gomma elastica N. 10, mentre otto o dieci giorni prima non era possibile entrarvi che colle più sottili guide di Maisonneuve.

In seguito l'ammalato continuò ad introdurre la siringa N. 10 due volte per settimana, ed ottenne quale risultato finale la chiusura stabile e perfetta dell' apertura fistolosa, la scomparsa dell' indurimento calloso al perineo, il ristabilimento perfetto del calibro dell' uretra in tutta la sua lunghezza, la scomparsa d'ogni disturbo vescicale quale cistite, catarro, incontinenza; per cui, *pubblicamente* dichiarava che mentre *aveva ormai perduta ogni speranza di guarigione, si trovava perfettamente liberato dagli atroci spasimi sofferti per oltrs 20 anni che gli rendevano pesante ed incresciosa la esistenza.*

Se ora analizziamo tali fatti, noi scorgiamo che in nessuno di essi si ebbe a lamentare il più piccolo inconveniente, nè durante l' operazione, nè in seguito alla medesima; che tutti riuscirono a guarigione perfetta ed in tempo assai breve, non essendo occorsi in nessun caso, più di otto o dieci giorni di cura; che gli ammalati nella maggior parte dei giorni di cura potevano attendere alle loro abituali occupazioni o, per lo meno, lasciare il letto e passeggiare; e che, finalmente, la guarigione si mantenne non meno stabile che cogli altri metodi attualmente usati nella pratica.

Egli è ben vero che, dei quattro casi accennati, due erano sem-

plici e quindi facilmente e perfettamente guaribili anche colla sola dilatazione graduata; non così gli altri due (osservazione I e IV); perchè sappiamo che gli stringimenti complicati da fistole orinarie (osservazione IV) assai raramente guariscono colla sola dilatazione progressiva; ed a questo proposito il Martin dice: *les auteurs n'en citent qu'un petit nombre d'exemples, et pour notre comptre, jamais, sois dans nos observations personelles, soit dans celles que nous avons recuillies a Necker, nous n'avons trouvé des fistules urinaires guéries a la suite de la dilatation pure et simple.* Di più, nel caso dell' osservazione IV, gli stringimenti erano molteplici, assai callosi, il canale uretrale tortuoso e l' ammalato rifiutavasi ad ogni mezzo cruento; quindi è facile il comprendere quanto difficile sarebbe stato, cogli altri mezzi, di ottenere il risultato da me conseguito colla laminaria.

Nè meno evidenti sono i vantaggi ottenuti nel caso della osservazione I, dove, da una parte, la cistite, l' alcalinità delle orine, lo scolo purulento si opponevano all'uretrotomia interna, e dell'altra il grado a cui era giunta la ristrettezza del canale, la callosità dello stringimento che trovavasi più all'interno, l'irregolarità e la lunghezza del medesimo, toglievano ogni speranza di riuscita alla dilatazione semplice graduata, e rendevano assai azzardosa la divulzione.

Nell'apprezzamento del mezzo dilatativo di cui discorriamo, non va dimenticato il modo speciale col quale esso agisce per cui, come abbiamo già notato, si differenzia dai mezzi presentemente in uso; avvegnacchè, mentre colla laminaria noi evitiamo gli inconvenienti che possono derivare dalla soverchia lentezza d'azione propria della dilatazione graduata, per cui talvolta se ne paralizzano i buoni effetti, evitiamo d' incorrere nell' inconveniente opposto, cioè, di distendere troppo violentemente e bruscamente i tessuti dell' uretra. Colla laminaria abbiamo il vantaggio che la dilatazione si effettua su ciascun punto della superficie ristretta del canale uretrale crescendo gradatamente fino a vincere la naturale elasticità e cedevolezza dello stringimento in modo lento ed uniforme, per cui le parti si adattano, gli elementi perdono della loro tonicità, si distendono e non si lacerano. — È poi anche possibile, atteso la natura del corpo dilatativo e la lentezza colla quale opera, che, oltre alla azione meccanica, concorra ad ottenere la dilatazione anche qualche combinazione chimica od uno speciale perturbamento di nutrizione nella località ammalata. — L'atto operativo è semplice, alla portata di tutti, scevro da pericoli, e la cura economica.

Fra gli altri pregi la laminaria ha pur quello singolarissimo di

plasmare, per così dire, il canale, riportando su sè stessa la figura esatta dello stato del medesimo; per cui si può rilevare con precisione il numero degli stringimenti, la loro ubicazione e distanza rispettiva, nonchè la loro forma, estensione, direzione ed arrendevolezza.

Dal fin qui detto, non intendo dedurre la conseguenza che la dilatazione colla laminaria, nella cura degli stringimenti uretrali, s'abbia da anteporre ad ogni altro mezzo dilatativo; nè che esso possa bastare in tutti i casi; ma penso d'aver dimostrato sufficientemente come in molte circostanze essa offra una preziosa risorsa terepeutica e che, opportunamente adoperata, e colle cautele da me indicate, non è per nulla imputabile di quei difetti che dalla maggior parte dei chirurghi le si attribuiscono.

Processo per procurato aborto. Verdetto della scienza e verdetto delle coscienze; *del dott.* PORRO EDOARDO.

Le dissonanze fra il parere dei medici e quello dei magistrati circa la imputabilità di alcuni prevenuti, e le sconfitte toccate troppo frequentemente ed ingiustamente dai periti medici, nelle cause che basar dovevansi, quasi per intero, sul loro giudizio, hanno destato in questi ultimi tempi specialmente, i doverosi timori, non che la suscettibilità, del ceto medico e di alcuni legislatori. Molti si occuparono di mostrare il poco conto in cui è tenuto il responso del medico legista nelle aule della magistratura, avvisando ai mezzi per rimovere l'ingiusto apprezzamento dei dettami scientifici. L'illustre prof. Carlo Maggiorani, mirando a questo scopo appunto, in occasione che il Senato si occupava della riforma alle leggi sanitarie, ha valorosamente e forse con eccessivo zelo, propugnata la causa del credito che si doveva dai magistrati al medico legista. Noi non vogliamo pretendere coll'illustre Senatore Maggiorani, nè con altri, che il verdetto medico possa e debba essere inappellabile. No, se così fosse ci iscriveressimo immediatamente, per combattere tanta improvvida deferenza, poichè il medico, come nessuno altro tecnico, può pretendere all'infallibilità. Anzi il medico, per la vastità del campo sul quale può versare il suo esame ed il suo giudizio è disposto ad errare od

almeno ad emettere un parere non in tutto conforme al postulato della scienza ed al bisogno, all'aspettativa della giustizia. Assumendosi talora dal tribunale, come periti, medici non esperti nelle controversie medico legali o deferendo ad alcuni di essi, giudizii sopra casi che riflettono rami speciali dello scibile medico, non abbastanza approfonditi da loro, è ovvio che non di rado scaturiscano illazioni e responsi, che sono la negazione della scienza, della giustizia e che non tornano ad onore della coscienza dell' individuo che malamente compie il suo mandato. Avverandosi pur troppo frequentemente di tali sconci, sul terreno estesissimo della medicina legale, come potrebbesi pretendere all'assolutismo del giudizio medico, quando hanno soltanto un voto consultivo i periti calligrafi, orafi, meccanici, industriali ecc., il cui campo assai ristretto e limitato, assicura un giudizio che si può ritenere sempre conforme al vero ?

Ma se in linea generale noi vogliamo discutibile il parere medico legale, se lo vogliamo controllabile in ogni guisa, dovremo però rinunciare a vedergli attribuito qualsiasi valore, anche allora che chi l'ha pronunciato essendo sorretto da pratica speciale ed appoggiandosi a fatti, non a supposizioni od ipotesi, ha ottemperato a tutte le esigenza della scienza e della coscienza ? A noi pare di no.

Si pretesta che in questi ultimi tempi siasi fatto abuso, dalla difesa, di perizie tendenti a togliere od attenuare la imputabilità, col giudizio di parziale o totale alienazione mentale, anche a favore di individui nei quali non si constatò alcuna malattia mentale. Cotesta scusante però non può esser tenuta in conto di valore giuridico o comecchessia non può esser cardine all'ostracismo che si vuol bandito per la medicina legale chiamata a giudicare dello stato psichico degli imputati : è insostenibile ragione poi per toglier fede al giudizio medico sugli altri punti medico legali. Ammesso che l' avviso di alcuni psichiatri, in occasione di recenti e clamorosi processi criminali, non sia stato conforme forse alla vera condizione della mente di quelli che si dovevan giudicare, non è ammesso per questo che la giustizia potesse subirne il menomo danno. Infatti, quanto più il caso è astruso, quanto più dubbia è la strada che condur deve alla scoperta della verità, vuole prudenza ed esige equità, che la questione sia sottoposta al giudizio di molti, perchè, da una ampia discussione, dal concorso di molte menti elette, possa farsi luce sull'argomento. Ond'è che se fra i molti periti chiamati dalla parte accusatrice e dalla difesa, può esservi discrepanza di apprezzamenti e di giudizio, l'assieme però dell'ampia discussione, fornisce alle parti il fondamento scientifico su cui basare un coscienzioso verdetto. E questo verdetto

può essere di condanna, quando coloro a cui è demandato il giudizio assoluto, i giurati, abbiano potuto persuadersi più delle conclusioni a carico dell' imputato che non di quelle che tendevano a scolparlo. Per converso poi, ancorchè dai periti sia apprezzata con differenza di vedute, la questione può dar luogo ad un verdetto assolutorio, se le ragioni addotte a favore dell' imputato abbiano prevalso sull'animo dei giurati.

Quando però concordemente e periti d'accusa, e periti a difesa pronunciano un giudizio che diminuisce, che toglie interamente o che conferma la colpa delle persone imputate, contro un voto solenne della scienza, potrà in buona coscienza un giurì dare un verdetto che non consuoni con quello dei periti?

A noi pare che un verdetto dato in opposizione ad un giudizio concorde dei periti, equivalga a sprezzo degli uomini che l'hanno pronunziato, a derisione della scienza, a ludibrio della giustizia. Dove, dove mai troveremo noi una coscienza *illuminata* e *pura* che ardisca sostituire un apprezzamento personale, e pronunziare un giudizio arbitrario, sopra fatti di spettanza scientifica, se vuolsi anche di ordine positivo, giudicati diversamente da periti che hanno ottemperato a tutte le esigenze della scienza, della coscienza, dell'onore?

Tali verdetti, quando se ne danno, oltre essere in opposizione alla *coscienza*, nel senso che la si intende fuori dell'aula delle Assisie, sono in opposizione al buon senso, fanno torto all' onestà di coloro che li pronunziarono.

Se la memoria di recenti processi, in cui qualche perito, obbedendo alla propria convinzione, emise giudizio non conforme forse alla realtà delle cose ed in contraddizione col giudizio di altri colleghi, che avvaloravano l'assunto della parte accusatrice, se codesta memoria può turbare la coscienza timida, dubbiosa di qualche giurato, di qualche magistrato, pensi questo magistrato, questo giurato come anche in tali casi non sia intenzione di alcun perito di frodare la giustizia, pensi che in tali casi la disparità di un giudizio largamente discusso gli fornisce i mezzi di convincimento e gli dà arbitrio di pronunciarsi con coscienza da un campo o dall'altro, e pensi che in allora egli appoggia il suo voto, scarica la responsabilità sua sulla responsabilità della perizia a cui avrà accordato fiducia. Non facendo così, sostituendosi vanitosamente ed ignorantemente alla scienza, altre più funeste memorie potranno turbare la serenità dell'animo suo, come dovranno necessariamente esser turbate le coscienze di quei giurati, di quei magistrati, che pure recentemente, diedero voto di condanna ad imputati pei quali la scienza reclamava un verdetto di

assoluzione od invocava una diminuzione di imputabilità e che ciò non ostante vennero condannati. I fatti poco tempo dopo diedero perfetta ragione al postulato della scienza e la giustizia fu fatta, con poco lustro sicuramente, di quelli che attendono al tempio di Temi, I manicomi, gli ospedali, la libertà, accolsero gli individui che a torto erano stati condannati e che avevano incorso in ingiuste pene perchè la voce della scienza non era stata ascoltata. Se la integrità del prestigio che spettar dovrebbe alla giustizia, per tali fatti venga in parte esautorata è facile ad ognuno l' imaginarselo.

Non è mio compito il combattere le istituzioni che regolano l'amministrazione della giustizia in Italia, epperciò ommetto di dire il mio parere su quanto lascia a desiderare la carica del Procuratore Regio e su quello che si lamenta nella composizione del giurì. In via generale però mi sia lecito il dire, che anche allora che il voto della scienza medica è invocato dalla Regia Procura, questa se ne serve o no, lo apprezza o lo combatte, a norma che venga in appoggio della sua tesi o che riesca contrario al giudizio fiscale. La scienza medica poi, massime alle Corti d'Assisie, ha a temere sempre di più quanto maggiore è l' ignoranza di coloro da cui risulta composto il giurì o quanto più si credono dotti in medicina i magistrati che forse avranno letto una sol volta un trattatello di medicina forense.

Premesso ciò, eccomi al caso concreto, che varrà a spiegare le parole un pò acerbe da me indirizzate a chi ha parte nello sbrigo della giustizia. Il fatto che si narra è quale risultava dell'istruttoria e dall'atto di accusa.

Nella seconda metà di febbrajo dell'anno corrente, in Milano, certa C. E. donna di 26 anni, di forme avvenenti, di condotta sregolata, celibe, accortasi d'essere incinta di quasi due mesi, si faceva triste, melanconica, paurosa dell'avvenire, e fermava il proposito di sbarazzarsi del prodotto del concepimento. A questo cattivo pensiero era condotta forse dall'amore alla madre, la quale probabilmente avrebbe perduto impiego e pane, se dai padroni si fosse venuti in conoscenza del frutto del libertinaggio suo. Si noti che le era stato perdonato un primo fallo, da cui era nata una creatura, collocata al Brefotrofio Provinciale due anni prima. Per ottenere il colpevole intento, la meschina dette opera a prendere purghe per otto giorni (olio ricini, infuso lassativo, solfato di magnesia) a praticare pure giornalmente dei bagni generali caldissimi e dei pediluvi con senape e sale, di tal forza che la cuticola dei piedi in più punti era stata sollevata e tolta. Vedendo che non raggiungeva lo scopo a cui mirava, colla prontezza desiderata, confidò lo stato suo ad una amica, la

quale incoraggiolla a persistere nel piano incominciato e per di più la pose in relazione colla levatrice Adelaide Mazzoli, che avevala assistita in un parto.

In casa di questa amica la C. E. prese una purga, fece conoscenza colla levatrice Mazzoli, e pattuì con essa il prezzo dell'aborto convenuto in lire 150, di cui metà dovevasi consegnare prima, e metà dopo il seguito aborto. Mediatrice del contratto era stata l'amica B. La levatrice non incominciò subito il suo assunto, perocchè la giornata che correva era nefasta; trattavasi nientemeno che di un Venerdì: si limitò ad una semplice esplorazione digito-vaginale.

Nelle giornate di Sabato e Domenica, la levatrice, in casa dell'amica B, praticò al mattino ed alla sera due injezioni vaginali con acqua *calda*, alla gestante C. E. Adoperò a questo scopo un litro di acqua calda, in cui scioglieva al momento una polvere cinerognola.

Dopo la quarta injezione, cioè alla sera della Domenica, incominciò una perdita sanguigna. Si manifestarono dei dolori uterini. Poche ore appresso veniva espulso un embrione, veniva chiamata la levatrice perchè la C. E. aveva emorragia, e la mammana estraeva la placenta che cagionava la perdita sanguigna. Ciò fatto l'emorragia cessò. Il giorno appresso incominciarono forti dolori all'addome, che andarono sempre crescendo. La levatrice curava attentamente lo stato della sua puerpera, ordinando pel di lei meglio; quanto credeva opportuno. Aggravandosi lo stato della C. E. fu convenuto il di lei trasporto all'abitazione materna, trasporto che si effettuò con vettura, in terzo giorno di puerperio, in condizioni gravissime di salute ed in una giornata assai fredda. Anche nella casa materna la levatrice Mazzoli continuò a visitare frequentemente la malata. Aggravandosi però lo stato di questa, venne chiamato il medico distintissimo sig. Giovanni Vergani, il quale s'ebbe la confessione dalla puerpera di quanto essa e la levatrice avevano fatto a scopo abortivo e curativo. Il dott. Vergani, invitò per lettera la levatrice a fornirgli le spiegazioni che gli erano necessarie intorno alla C. E. e la Mazzoli, resasi al convegno, ottemperò al desiderio del medico. Quando il dott. Vergani vide volgersi a male lo stato della C. E. fece rapporto alla R. Procura, di quanto era a sua cognizione e questa non curossi di recarsi al domicilio della malata, che morì undici giorni dopo il seguito aborto. (1)

Istituitosi in seguito una regolare procedura, il Barone Tarchini

(1) Dal medico curante, venne fatta dichiarazione che la malattia da cui fu ttavagliata e poi spenta la C. E. fosse una *entero-peritonite.*

Bonfanti Cavaliere Antonio, ed il dott. Porro Edoardo, vennero chiamati dal Tribunale in qualità di periti. Si fece loro conoscere le pezze processuali, da cui risultava quanto sopra e quindi furon proposti i seguenti quesiti, basati sulle risultanze dell' istruttoria.

Crediamo opportuno di far seguire, ai singoli quesiti, le risposte che di comune accordo si ebbero a formulare.

QUESITO I.

« *Se una iniezione vaginale con acqua calda e zuccaro od altra* « *sostanza solubile, fatta a persona gestante da due mesi circa,* « *ripetuta due volte al giorno per due giorni di seguito è per* « *sè solo un mezzo idoneo a procurare l' aborto.* »

Risposta.

Uno dei mezzi più sicuri per stimolare l' utero a contrarsi ed espellere il prodotto del concepimento, è quello fornito dall' acqua tepida, che a mezzo di comuni o speciali apparecchi viene proiettata nel canal vaginale e guidata direttamente o no contro il collo dell' utero. Dal nome del suo inventore, questo metodo di provocazione del parto viene chiamato processo di Kiwisch.

La doccia calda uterina, agisce meccanicamente e fisio-patologicamente nel compito di provocare il parto. Meccanicamente in quanto che battendo il liquido contro o vicino al collo dell' utero riesce a stimolarlo ed a provocare l' azione contrattile del fondo e del corpo dell' utero. Se il canale cervicale uterino poi accidentalmente fosse pervio l'azione meccanica dell'acqua potrebbe farsi sentire anche all' interno dell' utero, sia rompendo la continuità dell'uovo, sia staccando questo dalle sue adesioni naturali colla superficie uterina, sia distendendo, forzando alquanto la cavità stessa della matrice.

L' azione fisio-patologica della doccia tepida uterina consiste nel congestionare e rammollire il canale vulvo uterino per cui deve passare il prodotto del concepimento. Nella contrazione dell'utero adunque abbiamo la forza per espellere il prodotto medesimo e nel rammollimento la facilitazione a tale lavoro.

Per valutare però, nel caso concreto, l' azione dell'iniezione praticata, occorrerebbe sapere esattamente qual sia stata la temperatura dell'acqua, quale la durata d'ogni singola iniezione e quale la forza e la direzione del getto.

Probabilmente la persona chiamata a rispondere dell'impiego il-

lecito di questo mezzo di provocazione del parto, non potrà fornire molti schiarimenti in proposito, per cui è mestieri stabilire in via d'induzione, come le dette iniezioni saranno state praticate, per poi saper attribuire alla loro azione la parte di responsabilità voluta.

Se è possibile fare assegnamento sulla qualifica di *calda*, data all'acqua stata adoperata per le dette iniezioni, noi dovressimo ritenere che il calore del liquido abbia oltrepassato i 37 gradi centigradi, limite questo in cui, a nostro avviso, giunge il grado del calore detto tepido, per assumere al di là, quello di caldo. A 37 gradi infatti giunge la temperatura ordinaria esterna del corpo umano e l'apprezzamento del maggior o minor calore dei corpi che tocchiamo lo desumiamo dal confronto che istintivamente si istituisce tra il calor nostro e quello dei corpi toccati. Se la levatrice imputata (purchè non faccia confusione di aggettivi qualificativi) ha confessato di aver adoperato a scopo abortivo dell'*acqua calda* è mestieri che il liquido superasse i 37 gradi centigradi e che per conseguenza dovesse riuscire pel suo grado di calore assai proprio per lo scopo al quale veniva impiegato.

La quantità dell'acqua che si iniettava ad ogni seduta abortiva fu valutata di un litro circa e lo strumento d'iniezione era rappresentato dall'ordinario clistere di stagno, a stantufo mobile mercè un manico che offre presa alla mano. Per tal maniera la doccia uterina non poteva essere continua, nè godere di molta forza di proiezione, nè essere opportunamente guidato (eccetto che casualmente o volontariamente) contro od entro la cervice uterina.

Se adunque non vi avrà contribuito il grado di calore dell'acqua e la ben diretta accidentale o studiata proiezione del liquido, ben poco avrà potuto influire la forza del getto, perchè non favorita da opportuno apparecchio idraulico.

A nulla poi poteva servire la polvere aggiunta all'acqua, perchè è supponibile che si sia impiegata una sostanza indifferente (sale, zuccaro, allume, ecc.), per ingannare coloro che assistevano la donna, non essendovi scopo od utilità alcuna di ricorrere a sostanze venefiche.

Per il che si risponde affermativamente a codesto quesito, quanto alla *possibilità* che l'aborto abbia potuto far seguito alle praticate iniezioni, colla riserva però di sentire in proposito dalla imputata, quegli schiarimenti che potessero valere ad attribuire o togliere valore alle dette iniezioni, a seconda del modo con cui vennero praticate.

QUESITO II.

« *Se qualora le suindicate iniezioni venissero applicate a per-*
« *sona che in precedenza ed in epoca prossima, avesse fatto uso*
« *di purganti drastici, bagni, pediluvi con senape e sale, allo*
« *scopo appunto di procurarsi un aborto, debba ciononstante rite-*
« *nersi esclusivamente responsabile dell' aborto stesso la persona*
« *che ha operato le iniezioni suindicate.* »

Risposta.

La durata media del tempo necessario ad ottenersi l' effetto domandato alla doccia uterina, praticata con acqua tepida, è di tre giorni e mezzo, quando però la gravidanza sia giunta nell' ultimo trimestre. Per la proporzione dovuta e voluta dall' epoca di gravidanza (due mesi circa) in cui fu provocato l' aborto incriminato, si dovrebbe ritenere che a condizioni normali di utero gravido a tale epoca, si avrebbe dovuto impiegare assai più a lungo e più attivamente la doccia uterina, se tepida, per ottenere l' intento. Nel caso concreto invece l' aborto è seguito dopo quattro docciature uterine, fatte in due giorni, nella misura indicata e con un calore di acqua non definita, con una forza di proiezione e con una direzione di getto che non sono ancora a cognizione. Delle due ipotesi, che l'acqua sia stata assai calda per produrre prontamente l' effetto, o che vi fosse una predisposizione od una disposizione acquisita all'aborto, quest'ultima sembra la più accettabile. Infatti, se la docciatura fosse stata soverchiamente calda al grado di produrre prontamente l' effetto lamentato, senza una disposizione di sorta alla espulsione del prodotto della concezione, noi avressimo avuto assai più pronti e più imponenti i sintomi della entero-peritonite, che trasse a morte la donna, e che invece si svilupparono lentamente, e progressivamente andarono aumentando. Si fa rimprovero dagli ostetrici al metodo di Kiwisch, di suscitare rapidissime, e letali peritoniti, anche allora che l' operazione metodica viene praticata scientificamente, coscienziosamente ed a scopo di salute dei due individui o di quello che merita la preferenza, nulla trascurando di precauzioni o di cure. Con qual rapidità doveva divampare la detta malattia in questo caso dove bandita la scienza e la coscienza, agiva solo l'ignoranza ed il delitto e tanto più se si fosse fatto uso di un liquido assai caldo ?

È a conoscenza nostra e dell'Autorità Giudiziaria come la donna su cui furono istituite le manovre abortive, abbia fatto uso, per sua

determinata volontà, a scopo abortivo, di molti medicamenti, di bagni, di pediluvi con senape e sale. Delle molte sostanze ingeste si conosce soltanto esservi stato l' infuso di Vienna, il solfato di magnesia e l'olio di ricino; ignorasi la qualità e quantità delle altre. I pediluvi praticati furono tanto potenti da sollevare l' epidermide in molti punti della cute dei piedi. Codesta sequela di tentativi, precedette di poco le manovre abortive e doveva portare un contingente sfavorevole e rilevante sulla bilancia della salute della donna e del portato.

I purgativi irritanti, di cui si fece uso ripetuto e prolungato dovevano aver congestionato ed infiammato il tubo gastro enterico e gli organi intropelvici. I bagni avranno favorito ancor più il congestionarsi dei detti organi, massime che si deve ritenere esser stato elevato il calore dell' acqua, atteso lo scopo per cui esclusivamente si praticarono.

I pediluvi, tanto potentemente messi in azione, avranno senza dubbio attirato una gran quantità di sangue nel basso ventre ed accresciuta la congestione degli organi che qui si trovano e specialmente dell'utero, già congesto per le precedenti cause e per lo stato di gestazione. Dalla congestione grave e prolungata, ne sarà risultato, per parte dell'utero, un rammollimento preparatorio alla espulsione del contenuto.

In questo stato di cose, l'uovo sarà stato compromesso nella sua nutrizione o nella sua vita, per la replezione esagerata dei vasi utero-placentali, o per la rottura di questi e stravaso sanguigno portante compressione dell' uovo e suo scollamento dalla superficie interna dell' utero. Una disposizione all' aborto, in seguito ai mezzi adoperati dalla gestante e per le loro ordinarie conseguenze, doveva sussistere in via quasi assoluta e probabilmente l' aborto avrebbe potuto avverarsi, anche senza ulteriori stimoli, in un tempo più o meno lontano.

Certo è che con una disposizione preparata con tanta tenacità di volere e con sì larga copia e potenza di mezzi, era facile la riuscita di qualsiasi procedimento abortivo che avesse portato direttamente sull'utero la sua azione. Il pronto conseguimento dell'intento abortivo, ci mostra infatti come fosse propizio il terreno a tal uopo e lascia in noi il convincimento che la doccia uterina abbia agito solo da causa determinante, per la grande preparazione esistente, facilitata altresì codesta sua influenza dal trovarsi socchiusi gli orifici uterini e fors' anco aperti e dall' aver potuto per tal modo agire e direttamente sull' uovo ed all' interno della cavità uterina.

In vista di ciò non si può ritenere esclusivamente responsabile dell' avvenuto aborto colei che ha praticato le iniezioni uterine.

QUESITO III.

« *Se la morte della puerpera, avvenuta undici giorni dopo il* « *seguìto aborto, per entero-peritonite, debba ascriversi esclusiva-* « *mente alla persona che ha procurato l'aborto nel modo suindi-* « *cato e debba quindi questa ritenersi colpevole di omicidio vo-* « *lontario.* »

Risposta.

Ammesso che non sia possibile ritenere esclusivamente responsabile dell' avvenuto aborto la levatrice che ha praticato le iniezioni vagino-uterine, resta implicitamente ammesso che la predetta persona non debbasi ritenere esclusivamente responsabile della morte della puerpera e non imputabile quindi di omicidio volontario.

Come già si disse, se la malattia puerperale, che trasse al sepolcro la donna, fosse insorta per effetto delle iniezioni uterine, i sintomi si sarebbero manifestati assai più prontamente e gli stadi funesti del male si sarebbero succeduti in modo assai più rapido.

Le stesse cause che crearono una disposizione tanto accentuata all' aborto, avranno altresì preparato le condizioni favorevoli per lo sviluppo dell' entero-peritonite, se pure non l' avranno iniziata esse medesime, avendone pur troppo il triste retaggio. Se si fosse trattato di una *metro peritonite*, ossia della infiammazione dell' utero e del peritoneo, più facile era il poter occasionare la doccia uterina di aver suscitato il processo, facendolo nascere dal punto su cui aveva portato la sua azione. Trattandosi invece di un' *entero-peritonite*, ossia della infiammazione delle anse intestinali e del peritoneo, è molto più consentaneo alla logica ed alla pratica osservazione, l'imputare ai rimedi interni presi dalla donna, l'insorgenza della infiammazione intestinale che si diffuse al peritoneo e che fu cagione di morte.

Il signor dott. Giovanni Vergani che si ebbe in cura la puerpera negli ultimi giorni di vita, ha esplicitamente dichiarato di non aver esplorato l' ammalata dalla via della vagina e di non aver preso in esame l'utero per questa strada diretta, essendochè mancava affatto la sintomatologia, ordinariamente chiarissima della infiammazione grave puerperale della matrice. Per il che si è inclinati a ritener

che il detto viscere abbia ben poco sofferto, almeno proporzionalmente allo stato del peritoneo e del tubo enterico. Quand' anche però la matrice avesse presentato fenomeni gravi d' infiammazione non si avrebbe potuto occasionare le manovre della levatrice di averla prodotta, senza prima aver constatato che molto calda era l' acqua che aveva servito alla iniezione.

Siccome però questa supposizione manca di una solida base e siccome per lo contrario tutto porta a credere che più di un mezzo provocante, l' iniezione sia stata in questo caso una potenza accelerante l' aborto, così non si può ritenere che da questa si debba ripetere nè per molta nè per minima parte la conseguitata malattia e la morte della donna.

Le conclusioni dei sottoscritti si riassumerebbero perciò nel constatare la intenzione per parte della levatrice di provocare l'aborto; la opportuna scelta fatta dalla stessa di un mezzo atto a provocare ed accelerare il parto, mezzo che sortì un effetto prontissimo attesa l'esistente disposizione e forse il già incominciato travaglio di espulsione. La malattia e la morte della donna si debbono ascrivere non alle manovre della levatrice, ma all'effetto dei rimedi esterni ed interni di cui volontariamente ed a scopo abortivo, aveva fatto uso la donna.

Pochi giorni dopo la presentazione del giudizio medico-legale accennato, per mandato del Giudice Istruttore, tanto la levatrice Mazzoli che l'amica B. vennero tradotte alle carceri.

Il giorno 27 luglio, ebbe luogo innanzi alla Corte d' Assisie di Lodi, il dibattimento contro le sunnominate, accusate di procurato aborto, essendosi receduto dall' imputazione di omicidio volontario.

I periti che avevano steso il giudizio più sopra prodotto, vennero citati ad assistere ai dibattimenti. Gli avvocati difensori delle imputate, non invocarono alcun perito a difesa, perocchè trovarono equa la relazione di quelli d'accusa e si affidavano alla loro onestà perchè potessero modificare, colla scorta delle risultanze processuali, quello che dalla istruttoria invece riusciva dubbioso ed a carico delle prevenute.

La compitezza e la lealtà dell' integerrimo Magistrato che presiedeva quella Corte, ha permesso ai periti di illuminarsi completamente su tutti i punti della questione, lasciando libertà di formulare tutte le domande che si credevano utili per scoprire la verità.

Si venne a conoscere, che la quantità dell'acqua injettata, a mezzo

dell'ordinario clistere di stagno, era pressochè fredda, nella quantità di un quarto di litro per ogni injezione. Ogni injezione constava di due applicazioni successive del clistere, la cui cannula retta era guidata dal dito della levatrice, fin entro la vagina e rimpetto al collo dell'utero, il quale già fino dalla prima visita, si riscontrò aperto nell'orificio esterno, tanto da ammettere comodamente il dito. Anche l'orificio interno era socchiuso. Esisteva un abbondantissimo scolo leucorroico e la mammana, anzi che riferirlo a gravidanza attribuiva il rammollimento del collo ad effetto di infiammazione, causa dello scolo abbondante. A suo dire quindi praticava codeste injezioni a scopo detersivo e curativo della affezione constatata. La sostanza che la levatrice metteva nell'acqua, pare sia stato zuccaro e non lasciava alcuna traccia, alcun residuo nella ciottola dove si faceva la miscela. Si noti che essendo fredde le giornate in cui si praticarono le injezioni, l'acqua che dalla ciottola veniva assorbita dal clistere, non lasciava scorgere evaporazioni di sorta, (così da deposizioni testimoniali) in modo che non vi ha dubbio che la medesima fosse appena appena tepida. La posizione che la Mazzoli dava alla C. E. era la supina alla sponda di un letto, colle gambe flesse, divaricate ed appoggiate su due sedie, posizione solita per le operazioni o medicazioni ostetriche e ginecologiche. La donna non risentì alcun dolore per le injezioni praticate, e solo dopo l'ultima injezione fu avvertito dalla B. un fiocco mucoso sanguinolento nella bacinella che raccoglieva l'acqua refluente dalla vagina. Dopo qualche ora dall'ultima injezione, cominciò un pò di perdita sanguigna, dei dolori uterini, ed infine ebbe luogo l'espulsione di un embrione bimestre. La placenta trattenuta nell'utero cagionò emorragia e dopo qualche ora venne levata dalla levatrice, la quale assevererebbe che il tessuto placentale fosse sconnesso e desse odore di putrefazione.

Questa circostanza però fu contestata dalla B. ma con troppa ostentata sicurezza, come con troppa sicurezza direbbe che l'embrione apparteneva al sesso femminile, mentre la levatrice francamente confessava di non ricordarsi questo particolare. Ognuno pratico di tocologia e di embriologia sa come a quest'epoca di sviluppo, sia difficile il classificare il sesso, quando non si ponga mente ad alcune anatomiche circostanze, che solo una persona dell'arte può mettere a profitto.

Dai dibattimenti quindi risultava in modo positivo e contraddittorio all' istruttoria, che fu sola base al primo giudizio peritale, 1.° che l'acqua adoperata dalla levatrice Mazzoli *non era calda*, ma appena tepida. 2.° Che la quantità di detta acqua *non era di un*

litro ma solo di un quarto di litro. Si sapeva poi che realmente era stato adoperato l'ordinario clistere di stagno, improprio, per il suo modo d'agire a projettar con forza il liquido, a mantenere una corrente continua ed una direzione costante ed opportuna. Queste condizioni mancanti sono quelle che rendono attivo il metodo e che dovevano riscontrarsi nel caso concreto per poter attribuire valore allo scarsissimo impiego del liquido da injezione. Così come furon praticate codeste injezioni non potevano esser altra cosa che un semplice lavacro vaginale, più utile che dannoso ed in nessun modo poteva addirsi a loro il nome di docciatura od anche di irrigazione. Furon semplici injezioni tepide, furon lavacri vaginali innocenti, quelli praticati dalla levatrice Mazzoli, e non avrebbero mai potuto in circostanza alcuna determinare le contrazioni dell' utero e l'espulsione del prodotto del concepimento. Considerato però che la C. E. aveva da molti giorni tentato di provocare l'aborto cogli spedienti di cui si è fatto cenno, considerato che la sua salute ne era tanto deteriorata da aver fatto penosa impressione all'amica B, considerata la leucorrea abbondante che esisteva e più che tutto il rammollimento del collo uterino e l'apertura de' suoi orifici, noi dobbiamo assolutamente accettare, che non solo si stesse predisponendo il terreno all'aborto, quando la levatrice incominciò le sue injezioni, ma abbiamo dovere di credere che il travaglio abortivo si stesse incoando. Ond'è che le lavature vaginali subite dalla C. E. avranno mantenuto e forse aumentato il grado di rammollimento degli orifici uterini, favorendone l'ulteriore dilatazione e per tal modo in via molto languida potranno aver coadjuvato, accelerato in parte il lavoro di espulsione. Il quale lavoro però si sarebbe compiuto egualmente, sicuramente da solo, se a compirsi avrà potuto giovarsi di quelle meschine injezioni che possono paragonarsi nell'effetto a quello che può influire un asinello appajato ad una locomotiva, nella trazione di un lungo convoglio.

In base alle risultanze processuali era necessario che i periti modificassero sostanzialmente il loro giudizio e che ne formulassero a voce, uno che togliesse valore a quello che era stato scritto. Per quanto la voce dell'amor proprio parzialmente compromesso potesse farsi sentire alla mente dei periti, pure questi non dubitarono un istante a riformare il giudizio primo, rendendo omaggio alla scienza, alla coscienza, alla giustizia. Negarono essi la influenza delle praticate injezioni nel provocare l'aborto e solo ammisero la *possibilità* che le injezioni avessero potuto in qualche modo riuscire di ajuto, di mezzo accelerante al compimento dell'aborto stesso, il quale sarebbe egualmente successo, anche senza l' intervento della comare.

Esclusero affatto poi la possibilità che le injezioni incriminate avessero potuto determinare la malattia e la morte della C. E.

Al Pubblico Ministero però non garbava menomamente di vedersi fallita l' incominciata impresa, ed interpretando come meglio credeva i fatti, spinse l'ardire al punto di negare la pratica di adoperare i clisteri per fare le injezioni, le lavature vaginali, adducendo che a tal uopo si adoperano gli schizzetti!... Ai periti poi, che negavano alle praticate injezioni il valore di aver eccitato le contrazioni uterine, con aria quasi di umiltà gloriosa citò, per contrapporla, l' autorità del Tardieu, in cui è detto che varie volte una sola injezione intrauterina bastò a provocare l'aborto, non in due giorni soltanto, ma in un giorno, ma in poche ore, ma quasi immediatamente. A calmare la puntigliosità scientifica dell'oratore della legge, fu indispensabile, seduta stante e clistere in pugno, mostrare a quel consesso la differenza sostanziale che esisteva, tra semplice *injezione vaginale ed injezione intrauterina.* Per il che, vista l'impossibilità di sostenere una discussione ostetrica coi periti, l' accusatore, si astenne da ulteriori osservazioni, riservandosi poi nella sua requisitoria a confutare a suo modo ed a distruggere sull'animo dei giurati la solennità della smentita ricevuta ed il valore del giudizio peritale.

I giurati accolsero pienamente le conclusioni fiscali, mandando libera la B. e ritenendo colpevole la levatrice Mazzoli, che venne condannata a quattro anni di relegazione, *come colpevole di aver direttamente cooperato a produrre l'aborto.*

Quando si consideri che i periti, i quali riformando il giudizio primitivo, che era erroneo per colpa della inesattezza dell' istruttoria, vennero a concludere favorevolmente per l' imputata Mazzoli, scagionandola dell'accusa di aver provocato l'aborto, e quando si consideri che codesti periti erano stati assunti dalla parte accusatrice, non è egli meraviglioso il verdetto dei giurati che contraddice interamente il giudizio peritale, nella sua parte perentoriamente positiva? Ma più che un tal giudizio di un giurì, non è egli più doloroso a constatarsi che il Magistrato che seder dovrebbe come difensore imparziale della legge e della giustizia, il Pubblico Ministero, anzichè porger benigno orecchio alle persone da cui domandava ed esigeva lumi, sconosca affatto, combatta anzi, e fatalmente distrugga il valore del giudizio da loro pronunziato? Avessero pure errato gli uomini della scienza nel pronunziare il loro giudizio che non rispondeva allo stesso intendimento di quello che aveva l' oratore della legge, ma poteva egli pretendere a saperne di più in fatto di ostetricia, forse il più sodo, il più positivo ramo delle mediche discipline, in

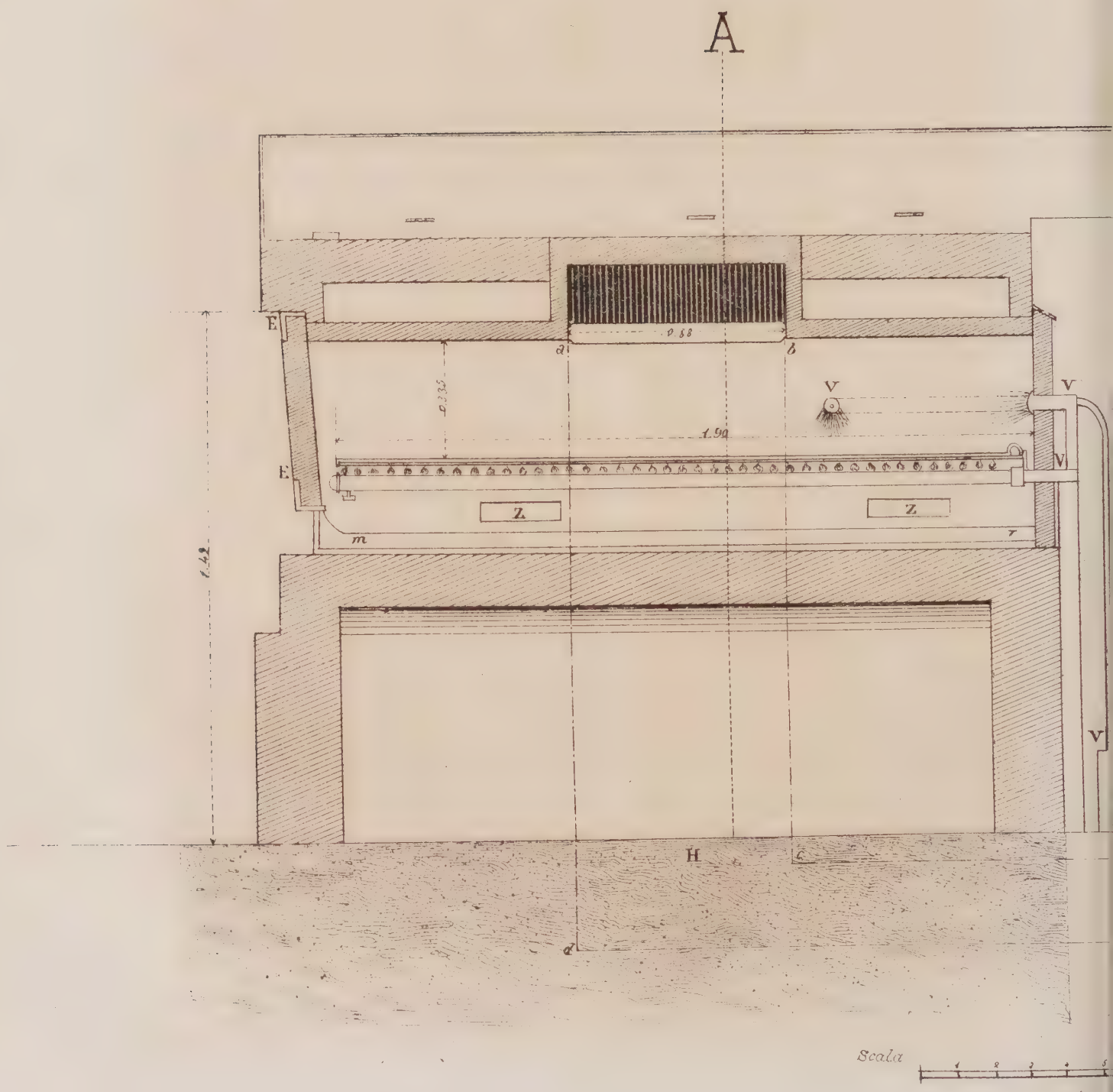
cui i profondi studi e la lunga pratica soltanto fanno acquistare il diritto ad un giudizio non erroneo! A qual pro interrogare gli uomini della scienza se il loro giudizio dev'esser posto in non cale da quelli che pure dovrebbero essere in grado di conoscerne l'importanza! Oh, no, non è così che si serve degnamente la giustizia, non è per questa via che si giunge al tempio della verità, non è per tal modo che si rispetta la scienza.

Non spetta ai periti di indagare le intenzioni di chicchessia, quando a loro vien sottoposto un punto sopra fatti e circostanze determinate. In questo caso, che è pur quello del procedimento in discorso, i periti dovevano soltanto limitarsi a constatare se un dato mezzo era apportatore di un dato risultato o se il risultato non potevasi ascrivere al mezzo adoperato.

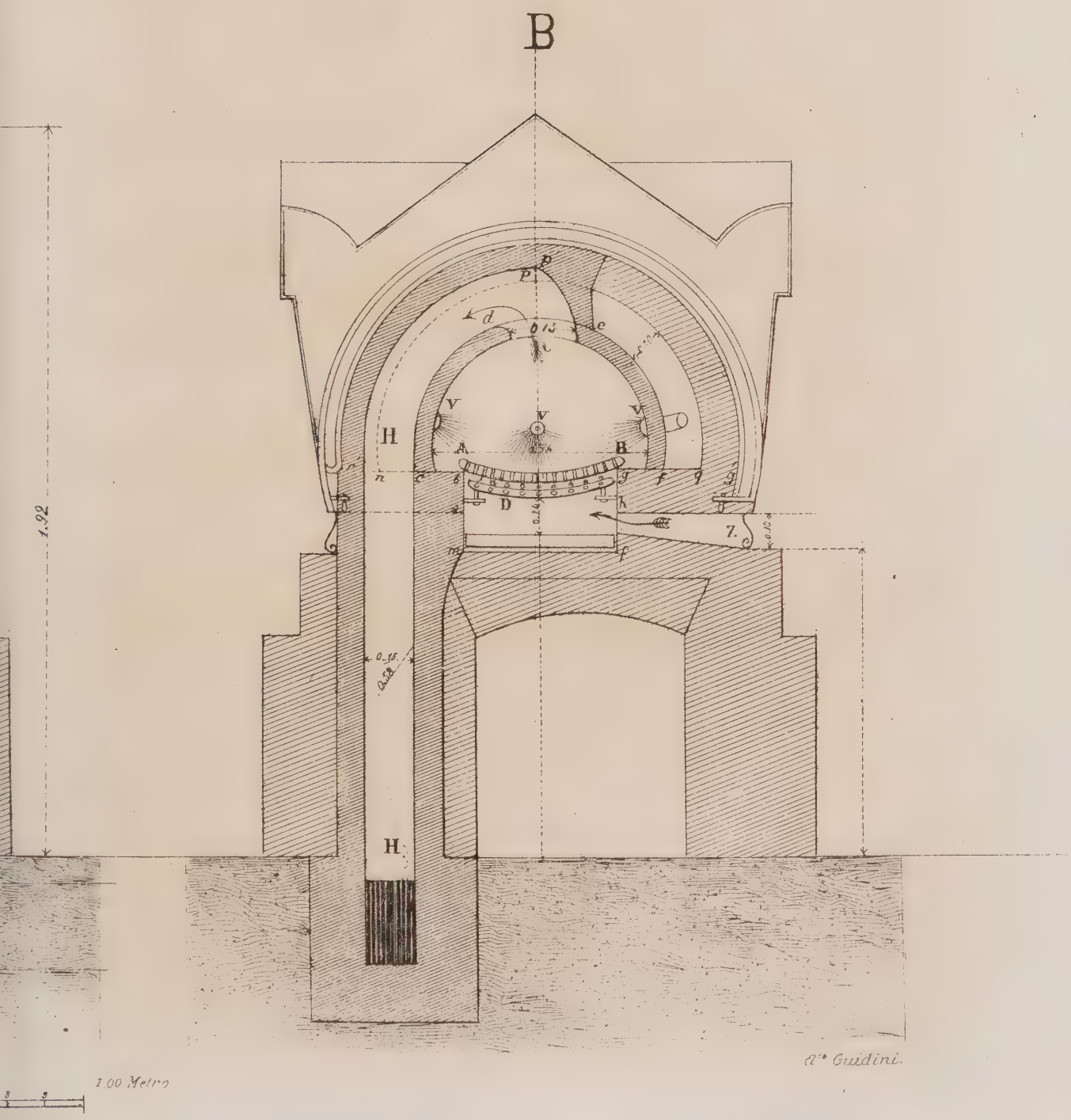
Orbene, le injezioni praticate dalla Mazzoli, per la quantità del liquido, pel calore del medesimo, per l'istrumento con cui venivano praticate, per l'impropria, od almeno incostante direzione, per l'intermittenza del getto e per la brevissima durata, non potevano assolutamente riuscire provocatrici dell'aborto. Tale almeno fu il giudizio concorde, pienamente concorde dei periti. Il giudizio invece del Pubblico Ministero e dei signori giurati fu opposto affatto a quello dei periti, e fu così francamente e decisamente contrario che saremmo tentati per l'amore della scienza, per l'interesse alla giustizia, per l'onore al vero, di pregare codeste benemerite e sapienti persone a voler aprir scuola di ostetricia legale, perchè gli specialisti dell'ostetricia e della medicina forense possano attingere alle loro cognizioni i lumi necessari per battere onorevolmente e colla voluta sicurezza la loro carriera umanitaria, e restar sempre nel campo della scienza, della legalità, della verità.

Se vi era caso in cui almeno il dubbio della reità della prevenuta, poteva farsi strada nell'animo dei giurati, era questo della Mazzoli la quale aveva in suo favore il giudizio dei periti chiamati esclusivamente a constatare fin dove arrivasse la sua colpabilità. Se vi era caso nel quale, non potendosi bandire il dubbio che doveva nascere per le risultanze processuali, differenti da quella dell'istruttoria, che originava dal diverso apprezzamento che facevano da una parte i periti, dall'altra il Pubblico Ministero, era precisamente questo della Mazzoli che vecchia (aveva 59 anni), impregiudicata, stimata dai privati e dalle amministrazioni di istituti dove prestava servizio onorevole quasi quarantenne, era incappata in tanta disgrazia. Quand'anche pel dubbio doveroso, si fosse pronunziato un immeritato verdetto di assoluzione, ma non era abbastanza castigata dalla natura la Mazzoli

Apparecchio Poll



Clericetti



che in carcere, era stata colta da emiplegia, che la rendeva inetta all'uso dell'arto toracico destro?

In favore della sgraziata non aveva parlato altro che la voce dei periti: per lei non militava nè un simpatico aspetto, nè un facile, supplichevole eloquio, nè alcuno di quei requisiti che valgono ad impressionare propiziamente l'animo dei giurati, i quali alla fin fine essendo uomini spesso sanno rinunciare alle loro convinzioni scientifiche o modificarle a favore dell'individuo che attende dal loro voto l'infamia o la libertà. Onore a tali giurati, che, conscii della grandezza della missione loro affidata dalla legge, seppero far tacere il cuore, vollero tener in freno la mente e sola lasciarono arbitra la coscienza di pronunciare un solenne giudizio.

Ecco o concittadini, o colleghi la differenza che esiste tra il verdetto della scienza ed il verdetto delle coscienze!...

La cremazione dei cadaveri nei rapporti igienici, morali, tecnici ed artistici; *per* AUGUSTO GUIDINI *architetto.*

Porgi il tuo cuore all'ammaestramento, e le tue orecchie ai detti della scienza.
Proverbi, XXIII 12.

. . . . . seguir la scienza
Che l'Universo illumina e governa.
Dott. A. Moretti.

Checchè ne dicano i pessimisti, i fulgidi raggi di un primato italiano risplendono pur sempre al serto della gloriosa Nazione, che nella sua unità rappresenta la grande utopia del Divino Poeta entrata nel dominio dei fatti.

Le questioni artistiche, le investigazioni scientifiche, i problemi umanitarii, nella nuova Era di Civiltà, destano in Italia un interesse generale. — Così nel mentre che in Francia un opuscolo importante del chiaro igienista dott. De Pietra-Santa (Hygiéne publique. « La crémation des morts en France et à l'étranger »), non vale a scuotere l'indifferenza del corpo scientifico francese, poco memore dell'autorizzazione Cambry dèl 25 brumale, e del premio dell'Istituto, in Italia, questo grande problema igienico ed umanitario, che è la Cremazione dei cadaveri, risveglia la generale attenzione, e spinge i più chiari scienziati allo studio di una pratica soluzione.

E non solo ciò: — il Reale Istituto Lombardo mise a concorso

pel premio Secco-Comneno 1877, il tema seguente: — « Indicare un metodo di Cremazione dei Cadaveri, da sostituirsi all'attuale inumazione, a fine di spianare la via a questa igienica riforma, già proposta e accolta nel Congresso Medico internazionale del 1871. — Si dimostrerà con buone ragioni, avvalorate da sperimenti sugli animali, che il metodo indicato è innocuo, spedito, economico, e tale da soddisfare ai riguardi civili » — ed indirizzava (16 dicembre 1872) una nota a S. E. il Ministro di Pubblica Istruzione, pregandolo a cooperare col Ministro dell'Interno, onde fra i metodi di trattamento dei cadaveri permessi dalla legge, fosse ammessa l'incinerazione, — chiudendo tal nota colle seguenti validissime parole: — « L'Istituto Lombardo, convinto com'è, che ciò (la cremazione) segnerebbe un Progresso nella civiltà dei costumi, confida che il Governo vorrà adoperare in modo che l'Italia *preceda* in questa riforma, col suo esempio, le altre côlte Nazioni. » — Ed il Senato del Regno, convinto dall'importante discorso del venerando prof. Maggiorani, nella discussione del nuovo Codice sanitario (aprile 1873) ammise la Cremazione facoltativa. — Titolo XI. Dei Cimiteri. — Capo I, Art. 185.

Il *Pungolo* di Milano, a proposito del *meeting* di Zurigo (dal 7 al 10 marzo 1874) stampò le seguenti memorabili linee: — « Non è dal Governo, che dobbiamo attendere le riforme: queste non si comandano. Siamo noi che dobbiamo attuarle mercè la persuasione e l'istruzione. — Il Governo ci lascia fare, e noi approfittiamo di questa libertà per costituirci in società diretta allo scopo cui vogliamo raggiungere. — Sono molti i fautori della cremazione, ma sarebbe opportuno che, invece di conservarsi fautori platonici della cremazione, si stringessero in una società che condurrebbe senza opposizione alla riuscita. — Coll' incenerimento i cadaveri cesserebbero d'essere una minaccia perenne alla salute dei viventi, un pericolo continuo d'infezione. »

E profondamente convinto dell'importanza di tali parole, oramai che la questione scientifica è vinta, sembrami che la via più pratica per condurre allo scopo, si è il rendere popolare il problema della Cremazione. — Se molto possono fare delle società costituite a tale scopo, come in Inghilterra ed in Isvizzera (i di cui membri in principio saranno pur troppo solo reclutati nelle classi le più civilizzate), sembrami che pur molto possono fare esperimenti, conferenze, e dimostrazioni pubbliche; e moltissimo anche il giornalismo, occupando un po' di spazio delle romantiche appendici, e stampandovi invece delle pratiche e succose dimostrazioni sull'importanza di tale problema, trattate in modo che siano alla portata di tutte le intel-

ligenze, ed indirizzandole alla classe più numerosa. — E la questione in tal modo non dovrebbe esser solo discussa dal lato scientifico e dal lato dell'igiene, ma in tutta l'estensione, combattendo i morbosi pregiudizii colle armi che la ragione, la civiltà, la morale, l'igiene, la scienza, la filosofia, la sociale necessità e le convinzioni ci forniscono.

Ed appoggiandomi agli scritti scientifici, ed agli studii sperimentali dei più chiari scienziati ed igienisti dei nostri giorni, io qui tenterò una breve esposizione dei giusti titoli di essere della Cremazione dei cadaveri.

Una pagina di storia.

« La storia della passata età è specchio della presente e maestra dell'avvenire. »

ZSCHOKKE. *Istoria della Svizzera.*

L'origine della Cremazione si perde nella notte dei secoli: però dall'Istoria dell'antichità su tal soggetto emerge il seguente assioma: — la Cremazione dei cadaveri è in ragion diretta dell'incivilimento dei popoli; anzi è un supremo onore reso agli eroi, ed ai grandi uomini. — I greci, i romani, gli orientali, gli ebrei, gli etruschi, i galli, i germani, tutti si valsero dell'innocente mezzo di distruzione dell'uomo fatto cadavere. Luciano, nel dialogo del lutto, parlando dei cadaveri, dice: « Il Greco li abbrucia, il Perso li seppellisce. » — « E, come ci narra Cicerone, solamente sotto a Cecrope, i Greci incominciarono a seppellire i loro cadaveri. » (Vedi: Moreri. « Le Grand Dictionnaire historique. » Lettre C. *Cadavre.*)

Omero nell' *Iliade* (Libro XXXIII e XXXIV) ci dà su questo soggetto i dettagli i più circonstanziati nei versi consacrati ai funerali di Patroclo e di Ettore.

Virgilio, nel VI libro della *Eneide* mestamente descrive la cremazione del Re Miseno, le cui ceneri, da Corineo raccolte, furono

. . . . . « acconciamente in una
Di dorato metallo urna riposte! »

e nell'undecimo libro narrando dei guerrieri caduti nel combattimento:

. . . . . a' suoi ciascuno,
Come era l'uso, un'alta pira eresse,
La compose, e l'incese; »

e più avanti:

« E quei, che senza numero confusi
Giacean nel campo senza onore, a mucchi
Furon combusti: »

Trad. di A. Caro.

Presso gli orientali, Artemisia, moglie di Mausolo, re della Caria, ne fa incenerire il cadavere, beve una parte delle ceneri nel vino, e depone il resto in un sepolcro, chiamato in seguito Mausoleo, che per la sua magnificenza divenne una delle maraviglie del mondo antico.

I seguaci di Brama e di Budda da trenta e più secoli praticano l'uso della combustione.

Atto Vannucci, nella sua Storia dell' Italia Antica, discorrendo delle monumentali vestigia lasciate dagli etruschi, dice che: « l'uso frequente di bruciare i cadaveri è attestato dalla frequenza delle urne cinerarie istoriate sovente di nazionali soggetti, coi ritratti dei morti, ecc. »

Tacito parlando dei germani (« De moribus Germanorum », Libro XXVII) scrisse: « Funerum nulla ambitio; id solum observatur, ut corpora clarorum virorum certis lignis crementur. »

La cremazione dei cadaveri presso gli etruschi, i galli ed i germani si trova accennata e confermata nella grandiosa opera del Ferrario: « Costume antico e moderno di tutti i popoli. » Europa. Vol. V, VI e IX.

« Presso i romani eravi il costume di abbrucciare i cadaveri fino dal tempo di Numa. Infatti questo Re lasciò che il suo corpo non fosse abbruciato ma posto in un monumento di pietra, insieme al libro da lui composto sopra il culto degli Dei; pare lasciasse tale ordine per timore che seco abbruciassero il libro. — Nella legge poi delle XII Tavole (300 anni dopo la fondazione di Roma), vigeva ancora di certo tale usanza, poichè si legge che era proibito l' abbruciare i cadaveri entro la città, per timore di qualche incendio. » (Hominem mortuum in urbe ne sepelito nevo urito. — Rogum bustumve novum proprius sexaginta pedes ne adjicito aedes alienas, invito domino. — Hoc plus ne facito, rogum ascia ne polito). Moreri. « Le Grand Dictionnaire, etc. » Alla voce *Cadavre.*

Silla, Pompeo il Grande, i Cesari e varii imperatori dell' antica Roma furono pure cremati.

« Presso i romani, la cremazione, che del resto non era, nè costante, nè obbligatoria, parve avere due scopi essenziali:

1.° Mettere le spoglie mortali al riparo della profanazione delle sepolture.

2.° Conservare le ceneri, e far rivivere in seno alla famiglia il sentimento di quelli che ne erano stati la gioja e l'onore. » De-Pietra Santa, *La Cremation.*

E tutti i suddetti popoli, orientali, greci, romani, etruschi, galli e germani, non possono di certo essere considerati come popoli barbari, ma invece i più civili e religiosi. — In conseguenza di ciò, l'idea di cremare fra loro i cadaveri, non era certamente frutto, nè di barbarie, nè d'ignoranza.

E come puossi, per esempio, misconoscere la civiltà del popolo romano, che Bossuet così maravigliosamente dipinge: « Des touts les peuples du monde le plus fier et le plus hardi, mais tout ensemble le plus réglé dans ses conseils, le plus constant dans ses maximes, le plus avisé, le plus laborieux, et enfin le plus patient, a été le peuple Romain. » *Histoire Univ.*, 6, 3. C. VI.

E se non mi sbaglio, Dio medesimo lodò ed encomiò questo popolo meraviglioso nella Divina Scrittura, come si legge nel Libro I dei *Maccabei*, capo ottavo.

Ed ora permettetemi che io invada un poco il campo ecclesiastico, e con alcune citazioni vi dimostri, come la cremazione non sia, nè empia, nè sacrilega.

— « Verrà meno ogni carne, e *l'uomo ritornerà in cenere.* » *Giobbe* XXXIV, 15.

— « Noi siamo nati dal nulla, e *poscia saremo come se non fossimo stati giammai*; perchè il fiato delle nostre narici è un fumo, e la loquela è una scintilla veniente dal movimento del nostro cuore, spenta la quale il corpo nostro *sarà cenere.* » — *Sapienza* II, 2 e 3.

— « E seppellirono Asa nel sepolcro che egli aveva fatto scavare per sè nella Città di Davide, e lo posero sul letto pieno di aromi e unguenti delicatissimi, manipolati con arte dai profumieri, e li *bruciarono* con pompa stragrande sopra di Lui. » — *Paralipomeni.* Lib. II, XVI, 14.

« *Nota dell' arcivescovo Martini.* — Queste parole per chi ben le considera, escludono assolutamente l'opinione di quegli interpreti, i quali hanno voluto che non il cadavere di Asa coperto di aromi fosse abbruciato, ma gli aromi e gli unguenti fossero abbruciati presso al cadavere, e per rendergli tale onore.

« Benchè sia verissimo che l'abbruciare i corpi morti non era molto in uso tra gli ebrei prima di questi tempi, abbiamo però l'esempio

dei corpi di Saul e dei suoi figliuoli abbruciati in Jabes di Galaat. E che quest'usanza si osservasse di poi riguardo ai Re di Giuda, apparisce chiaramente da quello che leggesi nel Cap. XXI, V. 19. *Paralipomeni*; I dei Re XXXI, 12 e Jeremia XXXIX, 5. »

— « (Il Re Joran, empio) distrutto dal suo pestifero morbo finì di penare e di vivere. — E morto che fu di quell' orrido male, il popolo non fece a lui come ai suoi maggiori l'esequie coll'*abbruciarlo* secondo il costume. » *Paralipomeni*, XXI, 19.

— « Si mossero tutti gli uomini più valorosi, e camminarono tutta la notte; e levarono il cadavere di Saul ed i cadaveri dei suoi figliuoli dalle mura di Bethsau, e se ne tornarono a Jabes di Galaat in quella notte, e *ivi li bruciarono*. — E presero le loro ossa e le seppellirono nel bosco di Jabes. » I dei Re XXXI, 12 e 13.

— « (Sedecia). Morrai in pace, e come *furono bruciati i padri tuoi*, i Re passati che furono avanti a te; così *brucieranno te*, e meneranno duolo per te. » — *Geremia* XXXIV, 5.

Il gesuita Cornelio Alapide che viveva nel secolo decimo sesto, grande commentatore della Scrittura, conferma la cremazione presso i popoli ebraici, dandone delle speciali ragioni d' igiene. *Comm.* in Lib. I. Re. Cap. XXXI V. 12 e 13.

Che l'abbruciare i cadaveri fosse cosa da non farsi, non si legge nella Sacra Scrittura; anzi David, dice a quelli di Jabes di Galaat che avevano abbruciato Saul: — « Benedetti voi dal Signore, i quali avete fatto quest'opera di misericordia verso il Signor vostro Saul, e lo avete seppellito.

« Il Signore fin d'adesso si mostrerà misericordioso e fedele verso di voi, ma io pure vi sarò grato per quel che avete fatto. » — II dei Re II, 4. 5, 6.

E benchè « coll'autorità della Scrittura non si deve nè raccomandare, nè imporre un'opinione » (Vedi l' *Osservatore Cattolico* nel foglio del 27 gennajo 1873), pure accennai questi passi onde provare che la cremazione era conosciuta, adottata ed onorata dai nostri padri in religione, gli ebrei.

E questo fia suggel ch'ogni uomo sganni.

Certamente nell' antichità le costose modalità di incenerimento, impedirono che la cremazione fosse generalmente adottata: ma ai nostri giorni, in grazia degli studii speciali di chiari scienziati, tale difficoltà (come in seguito vedremo) si può considerare eliminata.

L'Ayr fa notare « che il Cristianesimo escito dalle catacombe, avendo bisogno di altri riti, di altre leggi, di altre consuetudini,

alla cremazione sostituì l' interramento dei cadaveri, e la sepoltura negli avelli. »

Cosa strana! La religione la più spirituale, adottò ella forse la tumulazione in segno di supremo disprezzo alla materia, dannandola ad una distruzione schifosa, a pascolo di vermi? Oppure, per una assurda contraddizione, nei suoi voli spirituali ed ascetici, aveva essa sin dal principio subodorata la sacra questione della materiale bottega? — Chi può rispondere? È un « *quid obscurum* », è una pagina tenebrosa, che solo può essere rischiarata dal gas-luce dell'apparecchio Polli-Clericetti.

Inconvenienti della tumulazione e vantaggi dell'incenerimento.

(La Cremazione) è una questione che può e deve essere studiata e discussa da tutti.
Dottor Dell'Acqua.

Salus populi, suprema lex esto.

L'egregio dott. Felice Dell'Acqua, in un interessante compendio « La Cremazione dei cadaveri », Milano 1874, riassume in sette gruppi principali i vantaggi della cremazione, i quali trovano il loro punto d'appoggio negli inconvenienti della tumulazione:

« 1.° Impedito il lento e perenne inquinamento putrido del terreno.

« 2.° Tolto l'inquinamento organico, putrido, deleterio delle acque potabili.

« 3.° Impedito il mefitismo perenne dell'atmosfera nelle località prossime ai cimiterii.

« 4.° Concessione di maggior terreno all'agricoltura.

« 5.° Vantaggio di poter possedere e conservare le ceneri dei nostri cari, e reso così meno duro il divorzio fra viventi e trapassati.

« 6.° Cessazione dei cimiterii, di essere in tempi epidemici una minaccia perenne ai vivi.

« 7.° Aggiunta di un nuovo mezzo di constatazione dei decessi, e di esame esterno di ogni eventualità criminosa. »

Non è mio compito l'estendermi lungamente su ciò; d' altronde tali cose, da molti e chiari scrittori, vennero già dimostrate ad evidenza.

Il prof. A. Selmi, distintissimo chimico, constatò l'esistenza d'un corpuscolo organico, il *septo-pneuma*, che in tempi calmi vive negli strati dell'aria sopra i cimiterii, viziandola ed alterandola a danno dell'u-

mana economia. — Ed è una falsa idea, ed una questione locale, quella delle correnti di venti disinfettanti.

Il fatto riportato dall'egregio dottor Ayr di Ritondella e Bollita nella Basilicata, è di tale natura da convincere i pochi che si ostinano tuttora a chiudere gli occhi alla luce del vero. — A Londra fu riconosciuto ed officialmente constatato, che in tempo di epidemia (colera-morbus) i quartieri i più devastati furono quelli vicini ai cimiterii delle parrocchie urbane.

I cadaveri agglomerati in un punto divengono centri di infezione.

« Cosa fa la natura del cadavere dell'uomo? Cosa ne fa l'uomo?

« L'organismo umano, quando ha cessato di vivere, lasciato a se, subisce le leggi fisiche e chimiche, che riducono i suoi componenti a combinazioni più semplici, vale a dire acqua, alcuni gas, fra i quali primeggiano l'acido carbonico, l'idrogeno carbonato, l'ammoniaca; ed alcuni sali minerali, in cui entrano precipuamente la calce, la magnesia, la potassa, la soda, l'ossido di ferro, salificati dall' acido fosforico e dall'acido carbonico, — gas e ceneri; gas che la vegetazione utilizza, assimilandoli per mezzo delle foglie, o che, portati dalle pioggie sul suolo, assorbe per mezzo delle radici, più o meno modificati, insieme coi sali minerali sopraccennati. *Omnes homines terra et cinis.*

« Infatti il cadavere umano consta di 65 parti, circa, di acqua, e 35 di materie solide, carni ed ossa. — Abbandonate a sè, la carne e le ossa, dopo di aver ceduto all' aria tutta l' acqua allo stato di vapore, ed i principii combinabili in gas, non rimane che terra o cenere.

« La parte materiale dell' uomo ritorna quindi alla massa del globo, e passa a costituire strati di suolo fecondo per la vegetazione e per la alimentazione di altri esseri di ordine inferiore, cioè a vivere sotto altre forme. La *metempsicosi*, nel senso chimico, è una legge naturale dimostrata all' ultima evidenza: essa è benefica ed igienica.

« L'uomo, invece, per lodevoli motivi di affetto, o per certi principii religiosi, tentò quasi sempre di sottrarre il suo cadavere a queste leggi provvidenziali, e lo convertì in una sorgente di *infesti effluvj nell'aria, di malefiche infiltrazioni nelle acque potabili, di inutili ingombri* presso le località abitate. » Comm. prof. Polli « Sull'incinerazione dei cadaveri. » Lettura fatta all' Istituto Lombardo — (1 agosto 1872).

E dal punto di vista della fecondaziane, la tumulazione s'impose dapprima come una legge di natura di primo ordine, poichè bisognava rendere alla terra, sotto pena di sterilizzarla, i fosfati, i carbonati, e tutti gli elementi fecondanti che contengono i nostri cadaveri. — Ed allora, per ragione di logica, bisognerebbe usufruire di queste terre, e dare all'agricoltura ciò che le spetta, adottando così un sistema di cimiterii temporarii, ove alla zappa del becchino, succedesse l'aratro del bifolco. — Ma chi vorrebbe cibarsi di un pane fecondato delle viscere de'suoi antenati? — Qual rispetto sarebbe ciò verso coloro, che ci impartirono il bene supremo, la vita? — Sarebbe un'antropofagia legalizzata dalla natura, ma che non cessa però di essere antropofagia. — E dopo tutto non scomparirebbero punto le due grandi sorgenti di lento avvelenamento, l'insalubrità dell'aria e l'alteramento delle acque potabili; giacchè per la lenta decomposizione delle parti organiche, si spandono per l'aria effluvii malsani e mefitici che ne corrompono la naturale purità, e le sostanze solide che rimangono alla terra, danno luogo alle dannose infiltrazioni nelle acque potabili. A Milano, i professori Pavesi e Rotondi, trovarono nelle acque dei pozzi di Porta Garibaldi a *valle* del Cimiterio Monumentale, delle traccie di materie organiche e di acido nitrico, maggiori che nelle acque provenienti dai pozzi di Porta Magenta e di Porta Nuova, a fianco ed a *monte* dello stesso.

M. J. Lefort (« Remarque sur l'alteration des caux des puits par le voisinage des cimetières. Bull. de l'Acad. de med. », 1871, XXXI), ci fa conoscere, che secondo la natura geologica del suolo, secondo la situazione relativa dei cimiterii e dei pozzi, le acque, anche venienti di lontanissimo, possono essere impregnate di materie organiche.

Nell'analisi dell'acque del pozzo nel presbiterio della comune di Saint-Didier (Allier), egli scoprì l'esistenza di una grande quantità di sali ammoniacali, e non pertanto i pozzi erano a più di 500 metri della distaza dei cimiteri che esige la legge.

M. Robinet (« Journal de pharmacie », 1873) riporta il fatto seguente, che una volta di più prova gl'inconvenienti dell'infiltrazione sotterranea:

La città di Chalons, al tempo dell'occupazione prussiana, ospitò un numero considerevole d'ammalati assaliti da tifo. — Per arrestare i crescenti progressi dell'epidemia, questi morti furono seppelliti in una parte isolata del cimitero della città, e ricoperti di una quantità considerevole di calce viva. — In capo a qualche settimana, ed in seguito a pioggie abbondanti, in questi terreni per-

meabilissimi della Champagne, le acque potabili segnalarono alla vista ed al gusto dei manifesti segni di alterazione, e M. Robinet constatò coll'analisi chimica, la presenza anormale del cloruro di calce.

Ed un elemento così necessario alla vita, alterato in tal modo, è sorgente di incalcolabili calamità. L'acqua, come la moglie di Cesare (e le altre no?...) deve essere pura.

Ed a proposito di infesti effluvii che si svolgono nell'aria, ecco come si esprime l'egregio dottor Dell'Acqua, nel tanto apprezzato suo scritto: « . . . . . In varie città, come a Milano, ove l'applicazione delle leggi sanitarie si fa con molta severità, anche coll'adozione del seppellimento alla profondità di m. 1 50, non manca il Cimitero Maggiore (che accoglie da 3 a 4 mila cadaveri all'anno), non manca di offrire anche agli olfatti meno sensibili un discreto odore di putredine, più sentito nei giorni di scirocco e sul far della sera. — Gli impiegati addetti al Cimitero hanno somministrata la notizia, che spesso veggonsi sorvolare al Campo Santo varii uccelli carnivori, attrattivi dagli effluvii di quella speciale atmosfera. »

È un fatto: — Le putrefazioni cadaveriche avvelenano l'aria e l'acqua, questi essenziali elementi, a scapito delle generazioni che lottano per la vita. (Strugle for life). — Sono misteriose attrazioni della morte, che si possono solo combattere coll'*abolizione della fossa.*

Nel Medio Evo la Santa Inquisizione *bruciava viva la gente per l'estirpazione dell'eresia!?!* Noi vogliamo solo *incenerire i morti* a vantaggio dei vivi, per sacrosanta ragione d'igiene, e per sentimento di venerazione, e di conservazione dei sacri residui di coloro che ci precedettero nel cammino della vita!

Chi fra i due partiti è l'umanitario?

Quando sullo scorcio del secolo passato il clero proclamò il necessario bando alle umane cloache nelle chiese, i fedeli erano anche allora recalcitranti. — Francesco Milizia, architetto e scrittore d'estetica (sarebbe forse meglio chiamarlo critico) scriveva in quell'epoca nell'opera sua: « Principii di Architettura Civile » Libro III, Capo XV, Cimiteri III, le seguenti parole, degne di ponderazione:

— « È da un pezzo che la *filosofia* ha intimato il bando alle sepolture e ai cimiteri non solo fuori delle chiese, ma anco fuori delle città, e lungi dall'abitato, per la semplice ragione che i morti non debbono ammorbare i vivi. — Se le nostre chiese sono pavimentate di cadaveri, qual meraviglia il trovarci spesso desolati da tante malattie pestilenziali? Le putride esalazioni de'morti e de'vivi

riuniti e calcati nello stesso luogo sono capaci di avvelenare tutto il globo terracqueo. Queste non sono declamazioni, sono *editti di zelanti ed illuminati vescovi.* Ma il pregiudizio si conserva tuttavia universale, sordo e inerte : in pochissimi luoghi ha ceduto, e chi sa quando la ragione trionferà? In tutte le cose umane il cammino della ragione, per quanto ella dimostri evidentemente un utile grande e palpabile, è sempre lento. »

(E continuando il medesimo Autore, sebbene in un modo un pò troppo originale, accenna anche alla cremazione, ch'egli chiama « un niente che spesso vale più della cosa »).

Certamente quella misura fu saggia come un primo passo ; ora però si conosce essere insufficiente.

Il distaccamento da inveterati pregiudizii, è doloroso alla massa, ne convengo. Io trovo la ragione dell'attaccamento ai pregiudizii, in quell'umano sentimento di affezione, che a lungo andare si impone alla ragione, e rende doloroso, se non impossibile, il distacco dalle antiche abitudini. — A fatica i fedeli si arresero a quella prima misura, a fatica si arrenderanno anche a questa: ma è necessario che ciò avvenga, ed avverrà.

E si ricordino i credenti del loro assioma: « Essere la parola di Dio la verità. » Ora verità è tutto ciò che è naturale, che dalla natura ci vien rivelato.

Sono assurde le forze misteriose che si pretendono indipendenti dalle leggi che regolano l'universo : e per quanto si faccia, noi siamo sempre ricondotti all'egoistica idea della nostra conservazione, e del nostro benessere individuale. — È la religione naturale dell'uomo. — Ci incombe il sacro dovere della conservazione della nostra materia; distruggiamo adunque i veleni che ci circondano, e che furono creati dai pregiudizii , e da una falsa modalità di rispetto ai defunti.

Al postutto la cremazione non fa altro che precipitare l' eterno circolo di composizione e decomposizione della materia, distruggendo colla elevata sua temperatura ogni gas nocivo alla umana esistenza.

Il chiaro scienziato sir Henry Thompson (« Cremation , the treatment of body after death. » London, 1874), che ispirato dagli apparecchi Brunetti all'esposizione di Vienna, gittò primo in Inghilterra, in nome dell'igiene, il grido di Riforma, così formula il problema :

— « Essendo dato un corpo morto, riducasi in acido carbonico, in

acqua, in ammoniaca e in elementi minerali, con una maniera rapida, sicura, senza inconvenienti e senza pericoli per la salute pubblica. »

« La soluzione del problema è la Cremazione. »

Egli va più lungi, e dopo un' interessante esposizione di studii crematorii, conchiude essere la tumulazione un « *artificial treatement* » degli umani cadaveri, mentre la cremazione ne è il vero « *treatement natural.* »

Citeremo un brano dell'importante lavoro del dott. Reclam (di Leipzig) « Della cremazione dei cadaveri » inserito nel *Monitore Scientifico*, Maggio 1874:

« In nome dell'igiene pubblica la scienza moderna vuol far rivivere l'antico uso della cremazione dei morti! .... Essa vuol impedire ai morti di nuocere ai vivi; in altri termini, fare che l'aria, il suolo che li racchiude, e l'acqua sotterranea, si conservino il più che sia possibile esenti dai germi pestilenziali. — La tumulazione e la cremazione non differiscono nel fondo. In tutte e due gli atomi del corpo si combinano coll'ossigeno dell'aria, in tutte e due i prodotti finali della decomposizione, sono dell'acido carbonico, dell'acqua e delle ceneri. — Risolvere il più presto possibile la sostanza organica dei cadaveri nei prodotti finali e inoffensivi della combustione, ed evitare tutte le reazioni intermediarie che offendono l' odorato e nuocono alla salute, tale è il risultato tecnico a cui si deve pervenire. »

Nella *Gazette de Bruxelles* (30 mars 1873) leggevasi il seguente articolo sulla cremazione dei cadaveri:

« Bruciate i corpi, non seppelliteli più. I vantaggi che ne risulteranno per l'umanità saranno immensi.

« Non occorreranno più cimiteri, e le tombe non saranno più come presso i greci e i romani, che monumenti destinati a richiamare la memoria dei morti, e ad abbellire il soggiorno dei viventi. — Questo vantaggio ne trae seco necessariamente un altro; soppressi i cimiteri, calcolate che numero immenso di ettari di terreno saranno restituiti all'agricoltura! Si può, senza esagerazione, valutare ad una media di tre ettari per Comune la estensione dei cimiteri. — Pel solo Belgio sarebbero più di 7500 ettari, rappresentanti un capitale approssimativo di 38 a 40 milioni. — Questo capitale è attualmente sottratto alla circolazione; è colpito da *mani-morte*, senza profitto per nessuno. — L'igiene del pari approfitterebbe di questo cambiamento; la soppressione di questi vasti focolai d' infezione avrebbe incontestabilmente una grande influenza sulla salute pubblica.

« È un argomento del quale non si ama discorrere, perchè si considera il male come inevitabile, e dacchè si trova inutile di spaventare le persone abitanti in vicinanza dei campi di riposo dei morti. — Ma si ha bello a non parlarne; il fatto sta potente, innegabile, e il Consiglio superiore d'igiene l' ha recentemente constatato officialmente. — Malgrado il seppellimento, i miasmi si svolgono dalle tombe, e questa sola considerazione dovrebbe far rinunciare ad un costume così pericoloso. — Per fare scomparire un abuso così radicato nella maggior parte dei popoli moderni, occorrerebbero generazioni di uomini energici, lottatori convinti che aggiungessero l'esempio alla teoria. Ma spero che un giorno l'umanità comprenderà di nuovo che la conservazione dei morti è un danno e una rovina pei viventi. »

Gli articoli pubblicati nel 1856 e nel 1867 dal dott. Caffe — possono essere considerati come le idee riflesse dei partigiani della Riforma, e noi ci facciamo un dovere di scriverne il risultato sommario:

« Sostituendo la cremazione, questo antico, nobile e degno processo di conservazione de' suoi, allo stomachevole e pericoloso metodo di putrefazione, è certissimo che il culto della famiglia e dei morti guadagnerebbe in moralità altrettanto che l'igiene. — L'attuale sistema di inumazione è riconosciuto, senza serie opposizioni, pessimo, ingombrante, pregiudiziale da tutti i punti di vista, contrario a tutte le prescrizioni dell'igiene, attentatorio alla pietà verso i morti, ai diritti di tutti gli uomini, ripugnante alla civilizzazione ed al cuore umano. — La cremazione è un funebre sistema che insieme riunisce tutte le condizioni invocate dalla morale, dalla religione, dall'igiene e dell'economia domestica. — Accordando al popolo la possibilità di conservare religiosamente le ceneri de' suoi morti, in urne riunite in un *Colombarium* (camera sepolcrale degli antichi romani) è un dargli degli antenati, e una genealogia. » (Dall'opuscolo del dott. De Pietra Santa).

Il prof. Ferdinando Coletti, che nel 1857 primo parlò in Italia della necessità di adottare la cremazione, nel 1866, pigliando le mosse dal caldo e dalla guerra, rimettendo sul tappeto la questione, così si esprimeva sui cimiteri, e sulla insalubre loro vicinanza alle grandi agglomerazioni umane:

« Quell'enorme carniere in putrefazione, rammollito dalle pioggie, e spesso impaludato dalle acque, sferzato dai raggi solari e battuto dai venti, che vengono poi a rompersi e soffiare per le nostre vie, per le nostre piazze e per le nostre case, fa sì che noi non possiamo

nè respirare, nè mangiare, nè bere senza assimilarci elementi di corruzione, di malattie e di morte. — Quando poi un' epidemia infierisce nelle nostre contrade, il numero maggiore dei morti, il frettoloso e non sempre accurato seppellimento, la maggior facilità di emanazioni deleterie dei cadaveri, rende a mille doppi più pericolosa una tale propinquità e la pratica di inumare i cadaveri. L'uomo deve sparire e non marcire: egli non deve tramutarsi in uno strato di immondo putridume, nè in una mummia grottescamente orrida di ornamenti e di profumi. — L' uomo ha a diventare un pugno di cenere e nulla più, imperciocchè l'ufficio del suo corpo sia finito tosto *che quello dell'anima solo ricomincia!* » .... (Vedi *Sapienza* II, 2 e 3).

Riporterò alcuni brani di una lodatissima Memoria sulla cremazione dei cadaveri, del dott. Oscar Giacchi, diretta all' Accademia medico-fisica di Firenze:

« È doloroso destino di noi poveri mortali, dover perdere, quando più ci era cara, quell'esistenza che non abbiamo nè chiesta, nè invocata; è ben trista vicenda dover lasciare tante persone e tante cose a noi care; ma è più tremendo il riflesso, che coi sistemi attuali di seppellimento forse dovremo essere oppressi da un metro di terra, subire un'umiliante metempsicosi col tornare a vivere la vita dei cavoli e delle rape. Il decreto di Dio che ci volle caduchi è utile e provvidenziale; quello degli uomini che ci volle sotterra come le patate, è crudele e capricciosamente arbitrario. — È verità che contrista e che scoraggia quella che ci assicura essere stato cibo gradito ad un brulichio di vermi il divino cervello di Dante Alighieri; è verità che ci confonde quella che ci annunzia la stessa sorte del nobile e generoso cuore di Lord Byron, dell'energica fibra di Napoleone il grande; è dolorosa induzione che il fosforo dei nostri solfanelli, che il fiorellino del nostro prato, la rustica ortica dei nostri campi forse contengono nei loro elementi un frammento del corpo di tanti celebri che illuminarono la terra col loro genio, un atomo del sangue di tanti eroi che meravigliarono il mondo col loro valore. »

E più avanti:

« Se l' igiene e la dignità dell' uomo troveranno un vantaggio incontrastato nell'adozione del raccomandato sistema (la cremazione) la religione nostra ne otterrà quasi un trionfo, perchè le eterne pagine della Bibbia avvertono che l' uomo in *polvere* » (e meglio in *cenere* come abbiam visto dalle citazioni) « e non in *putredine* deve tornare; ed il popolo che sta letteralmente attaccato al significato delle parole, adottata la cremazione, sentirà più veridica la tremenda

sentenza che il sacerdote profferisce sulla testa dei contriti devoti il primo giorno di quaresima. »

Ed ecco come da lottatore convinto si pronuncia:

« Io me ne vivo in un paese di provincia, ove il progresso non ha dato ancora ospitalità ai due più grandi amici della società, la locomotiva ed il gas illuminante; ma dal canto mio sarei tanto contento che questa riforma venisse adottata *facoltativamente* » (e da questo lato i voti del bravo dottore furono esauditi), « che fino da oggi obbligo gli eredi del modestissimo mio retaggio a prelevare da questo la somma necessaria alla legna ed al petrolio che dovranno distruggere gli avanzi del mio corpo inanimato; e se prima di chiuder gli occhi al sonno eterno avrò la sicurezza che un pietoso Torquemada farà un *auto-da-fè* a questa salma resa inerte ed inutile massa putrescibile, guarderò più coraggioso in faccia alla morte, certo di non portare altrimenti un danno ai miei simili dopo la mia estrema partita, e rassicurato dal terrore, che è l'incubo dei miei sogni, di esser inchiodato ancor vivo fra le anguste pareti di una cassa di legno. »

Il noto e simpatico scrittore dott. Pini, così scriveva nella *Gazzetta di Milano* (N. 269 e 270, settembre 1872):

« Di tutte le religioni, la più poetica sarà quella che potrà sostituire alle immagini mitologiche il culto dei morti, i veri pennati della casa e della famiglia. »

Sorsero contro alla cremazione alcune obbiezioni, « più apparenti che reali, più superficiali che profonde », a cui risposero colla massima desiderabile fortuna scrittori di polso, come il Polli, il Coletti, il Castiglioni, il Pini, ecc.

Nei seguenti capitoli noi vedremo come i morbosi sentimenti, e le pretese difficoltà di combustibile e di spazio, cadono davanti all'inesorabile logica della ragione e del fatto.

Al dott. Olinto Grandesso-Silvestri che si oppose alla cremazione « in nome dell'antropologia e della craniologia », rispose il Coletti. (« Gazz. Med. delle Prov. Venete »):

« La scienza non può dichiarar guerra alla scienza! Niente di più facile che il dar piena soddisfazione agli antropologisti ed ai craniologisti, guarnendo i loro gabinetti di campioni e di tipi destinati a perpetuare i caratteri precisi degli scheletri della nostra epoca e delle epoche successive. — Del resto le arti moderne non ci danno esse forse i mezzi di fissare in una maniera durevole e le nostre rassomiglianze ed i nostri caratteri nella scala zoologica? — Per mezzo della scultura, dell'incisione, della pittura, della stampa,

della fotografia, i sapienti che si occupano di codesti studii interessanti, potranno sempre tramandare alle età future gli elementi di una convinzione seria e perfettamente determinata. »

Ma l'obbiezione che ci sembra la più perentoria è fornita dalla medicina legale: « La cremazione distrugge la possibilità delle esumazioni, vale a dire delle investigazioni che la giustizia invoca dopo la morte, nei casi di delitto. »

Ma l'egregio dottore Cesare Musatti (in una lettura sull'incinerazione dei cadaveri, fatta il 27 febbrajo 1873 all' Ospitale Civile di Venezia) classificava le eventualità medico-legali che possono reclamare le disumazioni alle seguenti:

« L' avvelenamento, l' infanticidio, le lesioni ossee, le verificazioni d'identità di individui, e la gravidanza sospetta all'epoca della morte.

« Fuori di questi casi, come dice il Casper, una esumazione non è che un perditempo ed un'operazione che cagiona molte spese al fisco ed alle parti; perciò le esumazioni giuridiche occorrono assai di rado, e quasi esclusivamente per gli *avvelenamenti.* In tutti i casi i responsi sono sempre dubbi. Anche in caso di intossicamento, chi può garantire che l' arsenico o il fosforo eventualmente reperibili, non siano altra cosa che elementi stati amministrati per ragioni medicamentose ?... D'altra parte è innegabile che le alterazioni organiche prodotte dagli avvelenamenti possono essere date anche dalla putrefazione. Dunque !. . . . Dunque le disumazioni giuridiche come valgono poco in generale considerate, così sono di minore importanza negli avvelenamenti. »

Alla Conferenza del 6 aprile 1874 in Milano, il dottor Tarchini-Bonfanti, da 26 anni perito medico al Tribunale di Milano: « ammettendo che la eccezione fatta in nome della medicina legale sia apparentemente la più seria di tutte, mostrò del pari che dal lato pratico è esagerata e quasi nulla. »

In 26 anni gli passarono sotto gli occhi migliaja di processi di delitti, ed in moltissimi la medicina legale fu interrogata: — ma in *dieci* soli casi si dovette ricorrere all' esumazione, ed in *quattro* soli il disseppellimento condusse alla scoperta del delitto. E questi *quattro* si verificarono in *un solo* processo, in quello Boggia; — cosa che avrebbe potuto aver luogo anche colla cremazione, poichè il devoto assassino sotterrava le vittime egli medesimo nella sua cantina.

Il professore Coletti, che primo combattè codesta superficiale obbiezione, parodiando un detto di Beccaria, domanda: « Se la salute

di intiere popolazioni non debba anteporsi all'impunità che, in caso eccezionale, potrebbe risultare ad un colpevole. » — Gli egregi professori Polli e Castiglioni, si uniscono al suddetto, dimostrando che « il processo dell' incinerimento, procurerebbe alla giustizia penale dei risultati incomparabilmente superiori a quelli forniti dalle meschine risorse dall'attuale sistema di esumazione. »

E riconoscono la necessità di stabilire un metodo più serio dell'attuale, di constatazione dei decessi, più scientifico e potente, col quale si possa avere il doppio vantaggio d'allontanare i pericoli d'errori nei casi di morte apparente, e fornire degli importanti materiali all'anatomia patologica.

I dottori Caffe e Rudler proposero di aggiungere ad ogni locale di cremazione (Tempio crematorio) un laboratorio chimico, in cui sarebbero analizzati gli intestini ed il fegato degli individui *indicati* dai medici verificatori dei decessi, e dai commissarii di polizia: — e Thompson vorrebbe conservare in appositi vasi una parte dello stomaco e degli intestini, in modo di poter sempre ad un momento dato procedere all'analisi chimica. — Ma, secondo lui, « la credenza in cui sarebbe il malfattore, che in ogni occasione si potrebbe scoprire il corpo del delitto, sarebbe di tale natura d' arrestare la sua mano criminosa.

E noi dividiamo completamente il loro modo di vedere, ponendoci sotto l'egida della massima tutelare: « Salus populi, suprema lex esto. »

E certamente convinto dell' importanza umanitaria della cremazione dei cadaveri, il Congresso internazionale medico tenutosi in Firenze (1869) votava il seguente ordine del giorno:

« La seconda sessione del Congresso medico di tutte le nazioni, esprime il voto che, in omaggio alla pubblica igiene, si faccia tutto il possibile, perchè venga legalmente adottato il sistema dell'incinerimento dei cadaveri in luogo dell'attuale sistema di inumazione. »

Chiuderò questo capitolo, con un brano dell'importantissima lettera diretta al prof. Polli, dal professore sacerdote A. Bucellati, membro del R. Istituto, nella quale afferma che la cremazione dei cadaveri « non può essere menomamente arrestata da alcuna considerazione religiosa, storica, legale, civile.

« Avanti dunque con coraggio! « All' Italia — uso le parole del venerando straniero Lucas, membro effettivo dell'Istituto di Francia, (La peine de mort, 1874) — è affidata per diritto l' iniziativa del progresso umanitario. » Noi nasciamo oggi nelle rovine del mondo medioevale; epperò non possiamo disconoscere lo *spirito riforma-*

tore dell' epoca. — Questa è la nostra vita morale e civile; come nostra morte sarebbe un *culto cieco ed irrazionale del passato.* »

Cremazione e mezzi di conseguirla.

Umano ardir, pacifica
Filosofia secura,
Qual forza mai, qual limite
Il tuo poter misura?....
. . . . . .
Che più ti resta? Infrangere
Anche alla morte il telo.....

MONTI, *Ode a Montgolfier.*

Il problema comandato dall' igiene trovò nel campo scientifico italiano numerosi e validissimi campioni che gli dedicarono i loro studj ed i loro esperimenti. La soluzione pratica di tale quesito sta per diventare una gloria eminentemente italiana.

In seguito alla Conferenza sulla cremazione, tenuta in Milano il 6 aprile 1874, l'ing. prof. Clericetti, in una lettera diretta al giornale *Il Pungolo*, così si esprimeva:

« Havvi una condizione alla quale annettiamo una grande importanza e a cui dovrebbe soddisfare, secondo il nostro pensiero, ogni apparato crematorio. La condizione, cioè, di conservare al processo tutte le forme di una cerimonia, tutte le apparenze di una pompa funebre, e insieme di offrire un concetto artistico che allontani il pensiero da ogni artifizio industriale. In un paese di tante tradizioni artistiche e religiose come il nostro, mi sembra che il soddisfare a tale intento debba essere un' idea dominante. È per questo che noi vorremmo escludere possibilmente ogni concetto che richiamasse l'idea brutale del forno, e quella più scientifica, ma altrettanto antipatica, della storta da laboratorio. »

Ed il secondo apparecchio del comm. prof. Polli, caratteristicamente foggiato dall'ing. prof. Clericetti, già due volte sperimentato con esito felicissimo in Milano, a detta delle competenti e chiarissime persone che vi assistettero, ha il merito di soddisfare in modo degno d'ammirazione, alle due condizioni che si connettono a tale studio: la tecnica, cioè, e l'artistica.

Ritorneremo su ciò: diamo ora un rapido sguardo ai varii studj di transizione.

La questione della scelta del combustibile, è di somma impor-

tanza per l'avvenire della cremazione. — Il gas-luce, il carbon fossile, il coke e la legna sono adoperati nei varj studj che verremo accennando. — I professori Musatti e Calucci proposero di rimpiazzare il gas di illuminazione, col gas idrogeno puro, che si ottiene colla decomposizione del vapore acqueo fatto passare a contatto del carbone incandescente. — Frank divide l'opinione degli ingegneri inglesi, che credono positivamente potersi fare del gas di illuminazione colla combustione dei corpi umani: e Rudler, basandosi su questo principio, proponeva nel 1857 al suo amico il dottor Caffe, di mettere un corpo umano in una storta a gas, e distillarlo sino al perfetto incenerimento; i gas risultanti dalla distillazione, dopo aver attraversato degli apparecchi potenti di depurazione, potrebbero servire di gas illuminante. — Ma codesti studj sugli utili che si potrebbero ricavare d'un umano cadavere, non fanno per ora al caso nostro. — In fatto delle utilità che possono emergere dalla morte, noi ci accontentiamo, per ora, di quella diretta, immediata: *l'eredità*. (Per maggiori schiarimenti, rivolgersi al padre Beckx, generale dei Gesuiti).

Ed in quanto a preferenza di combustibile, riporteremo ancora un brano della succitata lettera dell'artista prof. Clericetti, competentissimo giudice:

« È una fiamma così simpatica quella del gas, e così pura, che ci permetterà di ottenere come unici avanzi della cremazione quelli provenienti dalla salma combusta, cioè le ceneri risultanti dalle parti molli e delle ossa calcinate. — E d'altra parte il potere comburente della fiamma del gas può aumentarsi fino a un grado elevatissimo, sia colla semplice mescolanza del gas stesso coll'aria atmosferica, alla pressione ordinaria, sia col sottopporre l'aria ad una forte pressione prima della mescolanza, come si fa nel cannello ferruminatorio, con che la fiamma acquista una intensa temperatura, tale da fondere anche i metalli. »

E noi crediamo fermamente che in simile questione, non solamente l'idea dell'economia dev'essere di guida, ma devesi tener conto di quegli affetti santi e rispettabili verso i cadaveri delle persone che ci furono care, e che hanno sede naturale nel cuore! — Come la terra di un cimitero è un oltraggio alla materia che fu già santificata dalla ragione, così un combustibile brutale come la legna lo è certamente del pari. — Capisco: per uno scienziato è sempre questione di somministrazione di calorico; ma per istillare nella mente delle genti tale verità, bisognerebbe distruggere prima quell'ener-

gica vibrazione dell'umano pensiero che si chiama: *prima impressione*!

Ed io divido pienamente le opinioni del prof. Clericetti, sulla proprietà, cioè, in tale materia, di quella fiamma così simpatica e pura, che si chiama *gas-luce*. L'incinerazione in tal modo è mestamente poetica: è l'uomo che sparisce circondato da un'aureola purificante di luce; è l'umana materia che splendidamente si elimina!

È ben vero che « questo grande amico della società » come Oscar Giacchi chiama il gas illuminante, non ha ancora ottenuto ospitalità dalla campagna; ma due ragioni rispondono a ciò. In primo ci vorrà del tempo anzichè la cremazione si faccia strada nella campagna, ove certe nere infezioni viventi sono tuttora più pericolose delle infezioni dei morti; — ed in secondo luogo, dato il caso che la cremazione sia in certe campagne anche attualmente accettata, corrisponde benissimo allo scopo l'apparecchio Siemens (di Dresda), alimentato a carbon fossile od a coke, che forse lascierà qualcosa a desiderare dal lato artistico, ma che gode fama di pratici vantaggi.

Del resto spetta alla scienza il dir l'ultima perola su ciò; nè io aggiungo sillaba, sapendo in quest' epoca (nella quale in fatto di profezie anche l'*infallibile* è *fallibile*, come un semplice mortale qualunque), quanto siano fallaci i giudizii dell' oggi sul domani. — La scienza può scoprire altri combustibili, ed inventare nuovi apparecchi.

Ma passiamo al promesso sguardo sugli studj sperimentali.

Nel settembre del 1867, il chiaro dottor Du Jardin, nel giornale « La Salute » di Genova, esponeva una generica modalità di cremazione.

« Ogni cadavere — scriveva — dovrebbe essere introdotto in un tubo di ghisa cilindrico, terminato a sezione di sfera da un lato, e tronco orizzontalmente all'altro, al quale si applicherebbe uno sportello di ghisa che lo chiuda ermeticamente. — All' estremità sferica poi, dovrebbe essere praticato un foro di sufficiente ampiezza per l'uscita dei gas, che si sprigionano nella combustione, ed i quali per mezzo di un tubo esportatore di ghisa, sarebbero raccolti in una vasca piena d'acqua di calce, per impedirne la diffusione nell'atmosfera, procurando la dispersione dei gas infiammabili col rivolgerli verso il combustibile che sta sotto ai cilindri, accrescendo così la sostanza della combustione. »

Per una singolare coincidenza, vedremo sviluppato con successo codesto metodo dal dottor Terruzzi e dal meccanico sig. Betti.

Il dottore Lodovico Brunetti, professore all'Università di Padova,

celebre per le sue premiate preparazioni anatomiche, fece di pubblica ragione il frutto di sei esperimenti da lui intrapresi nel 1869-70, con un opuscolo sulla « Cremazione dei cadaveri » in data 1.° maggio 1873. — Tali esperimenti furono tutti eseguiti su cadaveri o parti di cadaveri umani. Ma per ottenere la calcinazione delle ossa, nel modo il più completo, sollecito ed economico (scopo non totalmente raggiunto nei 5 primi esperimenti), allestì un forno dotato di apposito *sopporto* del cadavere, con *riverbero* e *regolatori*; — e nel « sesto esperimento (15 maggio 1870) un uomo morto a 50 anni, che pesava, prima della cremazione, 45 chilogr., dopo la cremazione si trovò ridotto a chilogr. 1 e 770 grammi. Da tale modalità sperimentale risultò che l'operazione crematoria si compì in tre distinti periodi, verificandosi nel primo di essi l'*accensione del cadavere*, nel secondo la sua *spontanea combustione*, nel terzo l'*incinerazione* delle parti molli, e la calcinazione delle ossa. » — A parte gli indennizzi d'impianto dell'officina crematoria e del relativo servizio, la spesa si ridurrebbe alla modicissima cifra di L. 4. 50, ammettendo un consumo di combustibile equivalente a chilogr. 90 di legna. Ed il chiaro Professore intendeva continuare i suoi studj sperimentali: i partigiani della cremazione ne attendono i risultati.

La benemerita idea dell'applicazione del gas illuminante al processo di cremazione, si deve al comm. professore Giovanni Polli, che ne eseguiva due esperimenti il 12 giugno ed il 12 dicembre 1872, nell'Officina del gas in Milano. — Il suo primo apparecchio, consisteva in un recipiente cilindrico di terra refrattaria, aperto alle estremità, e disposto verticalmente. — Nell'interno, e ad altezze differenti, aveva disposto varii ordini di fiammelle di gas illuminante (aumentate nel secondo esperimento), generate da anelli in ferro pertugiati, quasi aderenti all'interna superficie del cilindro, opportunamente miste ad aria, onde ottenere una temperatura maggiormente elevata. — In tal modo la salma da cremare veniva recinta da un cilindro di fiamme, e le sue ceneri erano raccolte da una tazza metallica sottostante. — Nel secondo esperimento, in due ore precise, si ottenne la riduzione di un cane di razza bracca, del peso di chilogrammi 19, a grammi 973 di cenere ed ossa calcinate. — Tale apparecchio perfezionato, trovasi riportato nell'interessante opuscolo: « Leichen-Verbrennung als rationellste Bestattungsart » (Zurigo 1874) dell'egregio dottore svizzero, il sig. Wegmann-Ercolani, che nel paese della libertà è uno strenuo campione dell'igiene sotto il vessillo della cremazione.

Il professore Gorini, notissimo per l'opera e gli esperimenti sopra i Vulcani, originale come in tutti i suoi studii, alla fiamma sostituì un *liquido in ebullizione*, e nel settembre 1872, ne fece l'esperimento in Lodi, alla presenza di un pubblico vario, intelligente e competente in tale materia, come ben lo sono i signori Pini e Bertani che ne facevano parte.

In un liquido bollente, la cui materia di formazione si fonde a $+160°$, pose delle membra di umano cadavere, quali una gamba, un piede, una mano, e finalmente una testa, che « appena toccarono il liquido incandescente, rimasero avvolte in una lucentissima fiamma che in breve tempo le ridusse in cenere. »

« L' opera di distruzione avvenne rapida e silenziosa. (Il tempo impiegato per la distruzione di un cadavere immerso è di 20 minuti.) — Nessun crepitìo colpì gli orecchi, nessun odore offese le nari degli astanti: il fumo che uscì dal crogiuolo s'innalzò verso le nubi, e i gas si sparsero per l' aria per fecondare altri esseri, e formar parte d'altre sostanze. » — Le ceneri si possono ottenere mercè una fitta tela metallica sottoposta al cadavere, o sciogliendo nell' acqua la materia che ha servito all' operazione. — « I recipienti sono di ghisa, e la fornace riscaldata a coke, consiste di semplici mattoni soprapposti senza alcun cemento. » Da quanto ne riferisce l'egregio dottor Pini, il costo di una cremazione con tale processo sarebbe di lire 60 a 70 per cadavere; ma distruggendo da dieci a dodici cadaveri col medesimo liquido, si ridurrebbe a circa 8 lire per cadauno; ed il professore Gorini intendeva continuare con altri importanti esperimenti.

Il dottor Terruzzi ed il meccanico sig. Betti, facevano conoscere, con esperimenti nel 1873-74 coronati da esito felice, — un nuovo apparecchio composto « di un forno (così lo descrive il dottor Dell'Acqua) di appropriate dimensioni, attivato a coke, fornito di buona corrente aerea per lo smaltimento dei prodotti della combustione e della cremazione. — In tal forno stabilirono di porre una busta cilindrica o recipiente di ferro destinato ad accogliere il cadavere da cremare. — L'uno degli estremi di una tal cassa metallica (l'estremo che pel primo si introduce in mezzo alla forte sorgente calorifica) è chiuso. — L' estremo che resta in vicinanza all' apertura di entrata della fornace è otturato con un coperchio applicato a sfregamento, munito nella sua parte centrale di un tubo, pure metallico e ricurvo in modo da raggiungere, col suo estremo libero ed aperto, presso a poco il centro della corrente d' aria che mantiene attiva la combustione. Quel tubo è destinato a portare al disotto della maggior com-

bustione i gas che si sviluppano dalla distillazione del cadavere, e accrescerne la potenza calorifica colla loro accensione. » — Il dottor Du Jardin di Genova, come abbiamo visto, aveva già immaginata un'analoga disposizione: solo che invece di dirigere il tubo conduttore del gas emanante nella cremazione all'attivazione della combustione, accennava pure a dirigerlo in un vaso d'acqua di calce, onde impedirne la dispersione nell'atmofera.

L'illustre Thompson, validissimo propugnatore della cremazione in Inghilterra, fece in Londra due esperienze importantissime. — Nella prima, in un forno a riverbero di grande potenza, mise dei corpi di diversi animali (di peso e grandezza media) ed in meno di un' ora i residui dell' incinerazione, erano rappresentati da una porzione relativamente minima di materie terrose, bianche e fragili. — Un corpo emaciato di 47 libbre diede un residuo di cenere di libbre 1. 3[4 in 25 minuti: — ed un corpo ben nudrito di 140 libbre si ridusse a 4 libbre dopo 50 minuti di combustione.

Nella seconda esperienza si ottennero effetti più rapidi coi forni inventati da Siemens (di Dresda). Un corpo perfettamente nudrito, del peso di 127 libbre, posto in una cassa cilindrica di 7 piedi di lunghezza sovra 5 di diametro, scaldata all'interno da una temperatura di 2000 gradi Fahrenheit, lasciò in 55 minuti una massa di cenere di 5 libbre. — L'operazione si effettuò senza traccia di fumo nell' aria, senza odori di sorta, e con una modica spesa di qualche scellino. — Con questo sistema si può arrivare ai massimi gradi di calore con lestezza, ed in uno spazio relativamente piccolo.

Esso si divide in tre parti distinte:

1.° Il *generatore*, specie di forno alimentato da un combustibile qualunque (legna, carbon fossile o coke). Limitando l'accesso dell'aria, si genera un gas (miscuglio di ossido di carbonio, d' azoto e di idrogeno carbonato) che sorte dal generatore ad una temperatura di 150° a 200° per entrare nel *rigeneratore*.

2.° Il *rigeneratore*, parte di forma cubica, i cui muri sono di terra refrattaria, l' interno del quale è riempito da muri disposti orizzontalmente e verticalmente in forma di grata. Questa muratura interna si scalda al contatto dei gas combustibili, che penetrano in seguito nel *calefattore*, e ne sortono per un elevato cammino di richiamo.

3.° Il *calefattore* (o camera di combustione), nel quale si fonde e brucia il corpo in forza di un'alta temperatura, perchè l'aria ed i gas che vi penetrano, sono portati al grado di *calore bianco*, ha la muratura fatta in mattoni refrattari. — In forza di questa inge-

gnosa disposizione, si può infinitamente elevarne la temperatura: i gas e l'aria riscaldati, scaldano le pietre ed i mattoni refrattari, ed il calore al quale questi vengono portati, mantiene ed aumenta la caloricità dei primi.

Ed ora esaminiamo il secondo apparecchio ideato dai professori Polli e Clericetti, con giusto titolo reputato il migliore apparecchio di cremazione. — Riporto parte dello stimato articolo che lo descrive, inserito nell' « Illustrazione Universale », N.° 37, 23 maggio 1875. — « L' apparecchio fu già esperimentato due volte in Milano, nel giardino annesso all' officina di apparecchi a gas della ditta Brunt e C. — La prima volta in famiglia, come suol dirsi, e la seconda in presenza d' un' accolta d' uomini di scienza, e della Commissione sanitaria Municipale, con piena soddisfazione degli intervenuti, che sopra un breve rialzo del giardino, all' ombra delle piante, poterono assistere all' incinerazione di un pezzo di cavallo del peso di oltre 75 chilogrammi, effettuata in poco più di due ore, senza dar segno alcuno di puzza, o sfuggita di gas o di fumo.

« L' apparecchio Polli-Clericetti (vedi annesso disegno: *A*. Sezione longitudinale: *B*. Sezione trasversale) soddisfa alle esigenze dell' estetica funeraria per la sua forma esterna, che è quella d'un' urna a foggia degli antichi sarcofaghi romani, collocata sovra un basamento di conveniente altezza.

« La forma dell' urna dissimula quella del *calefattore*, o camera di cremazione, che la percorre in tutta la sua lunghezza; questa camera ha il focolare o ceneratore in forma d'una cassa rettangolare, ed è coperta da un involucro semicircolare di sottile lamiera di ferro (*a*, *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, *g*, *h*, fig. *B*) rivestito all'interno d'un'incamiciatura di materiale refrattario.

« Concentrica all'involucro di lamiera, e discosta 10 centimetri, gira una volta semi-cilindrica (*q*, *p*, *n*, *n'*, *p'*, *g'*, fig. *B*) costruita con mattoni ordinari, e legata da opportune fasciature di ferro; la camera d'aria semi-cilindrica che ne risulta, impedisce ogni disperdimento di calorico e mantiene fredde le parti esterne dell'urna durante la combustione interna.

« L' apparecchio chiuso del tutto ad una testata, nell' altra presenta un' apertura che imbocca la camera di cremazione. — Questa apertura ha una chiusura distinta in due parti: una inferiore, a sportello, di lamiera di ferro corrispondente al focolaio o ceneratore (*b*, *g*, *v*, *m*, fig. *B*), e l' altra superiore che chiude la bocca del forno *E E*, (fig. *A*) ed è in materiale refrattario, a forma di tronco

d'elisse, con un foro cilindrico nel mezzo, al quale si applica un tubetto tronco conico di lamiera di ferro, per poter sorvegliare dall'esterno l'andamento della combustione, come nell'esperimento del 28 aprile.

« Il calefattore ha un fondo di due griglie di ferro concave, concentriche, collocate una sull' altra e sollevate sopra il focolare o ceneratore. La griglia inferiore II è fissa, e illuminata da 480 fiamme di gas, delle quali la metà son fiammelle ordinarie a ventaglio, le altre esili fiammelle destinate a riempire i vani lasciati dalle prime, onde così offrire una superficie continua, anzi un vero letto di fiamme. La griglia superiore *A B* è mobile e facilmente scorrevole sopra due guide laterali di ferro, mediante opportune rotelle in modo da potersi estrarre per la bocca del calefattore ed è destinata a ricevere il cadavere. Questa griglia formata di barre di ferro in costa, presenta lateralmente e tutt' al lungo, due appendici mobili a cerniera, i cui perni sporgono fuori della testa del calefattore, e servono a tener raccolte verso il mezzo della griglia le parti del corpo che eventualmente potrebbero isolarsi durante la cremazione.

« Una lamiera di ferro (*m*, *r*, fig. *A* e *B*) a ribordi salienti e facilmente scorrevole fuori della bocca *E* a combustione finita è destinata a ricevere le ceneri minute e le parti oleose infiammate che possono cadere delle griglie superiori, a traverso il letto di fiamme.

« Dalla testata opposta a quella della bocca del calefattore, s'introducono il canale pel gas della griglia inferiore (fig. *A*) e tre getti di gas ed aria (*v v v* fig. *A* e *B*) di 3 centimetri di diametro, iniettati a pressione mediante un ventilatore da collocarsi in luogo conveniente, e secondo il principio del cannello ferruminatorio.

« Nell'involucro che copre a volta il calefattore è praticata, superiormente e nel mezzo un' apertura (*a*, *b*, fig. *A*; *c*, fig. *B*) che continua diventando il condotto *H*, fatto di mattoni refrattari, il quale per via sotterranea termina appiè di un camino di scarico, munito internamente di un anello di fiamme a gas, che accese prima dell' apparecchio, servono ad attirare nei condotti del forno la corrente d' aria esterna che affluisce per le aperture *Z Z Z*, regolata da sportelli scorrenti lungo le stesse aperture. Tale è l' apparecchio Polli-Clericetti.

« Trattandosi di farne uso, la salma da incenerirsi vi è recata, deposta in un cataletto, avvolta in un lenzuolo, o coperta da un esile involucro. — Tolto dal calefattore la griglia superiore, su questa è

deposto il cadavere che viene subito introdotto nella camera di cremazione, dalla quale si estrae il lenzuolo od il sottile involucro. Acceso il gas, chiusa la bocca del forno, incomincia la combustione, che vien resa più efficace dirigendo i tre getti *V V V* sulle parti del corpo di più difficile incenerimento, sul capo cioè e sui visceri addominali. L' andamento della combustione è osservato a traverso il tubetto tronco conico della chiusura del forno, e dalle aperture *Z Z Z*. Un lungo tubetto, aderente all'esterno del camino, porta una fiamma a gas alla sua bocca superiore accendibile a volontà, e destinata a constatare in ogni istante se escono o no prodotti gassosi combustibili, o meglio a provare che questi vengono abbruciati nel forno e lungo il condotto *H*, stante l' elevatissima temperatura interna, capace di fondere il vetro e la saldatura di rame.

« Le due ore impiegate, e quindi il costo della cremazione che ora sarebbe di 25 lire, *potranno ridursi di molto* mediante alcune modificazioni dell' apparecchio già determinate, coll' applicare cioè il principio del cannello ferruminatorio a tutte le fiammelle del gas, e coll' utilizzare, nel primo stadio della combustione, l'elevata temperatura dell'ambiente compreso fra l'involucro di lamiera e la volta di mattoni, introducendo l'aria esterna da una valvola in *L* (fig. *B*), aprendo una comunicazione in *X* tra l'ambiente medesimo ed il focolaio, e non tenendo aperti gli sportelli *Z Z* che a combustione inoltrata, onde applicare all' incenerazione dei residui già carbonizzati, gran copia d' ossigeno.

Ed in una lettera (in data 31 maggio anno corrente) che il distinto prof. Polli si degnava indirizzarmi nel mio laborioso, se non fruttifero, romitaggio di Barbengo, ecco come si spiegava sul suo apparecchio:

« Il tubo di scarico dell' urna crematoria sarebbe ripiegato sotterra, ed in comunicazione con altro tubo di tirata d'aria, alla distanza di 10 metri circa. Da questo esce all' aria un miscuglio di gas, che è il residuo della perfetta combustione di quelli svolti dal cadavere nella prima tostatura, e dalla carbonizzazione successiva. Quando il cadavere è ridotto a *coke*, non esige che elevata temperatura, e corrente d' aria, atta a sommistrare sufficiente ossigene, perchè si converta in cenere pura, o in materia calcinata, non più alterabile, svolgendo all' aria solamente acido carbonico e ossido di carbonio, gas perfettamente inodori, e nell' aria rinnovata affatto innocui. — Il volume della salma calcinata è di 1[10 a 1[12 di quello del corpo; ma triturata può ridursi subito a minor volume. Il peso resta di 1[10 circa.

« Questo residuo, che è perfettamente inalterabile, può conservarsi in piccole anfore in famiglia, o entro colombari, o entro edicole poste a pochissima distanza dalla città. Esso rende non più necessario l'*esilio* dei cadaveri.

« Si potrebbe fare dal cimitero alla città, un elegante *Via de' Sepolcri*, imitante quella di Ercolano e Pompei, che legherebbe il cimitero alla città nel modo più inoffensivo, e forse diventerebbe, come l'*antica via*, uno dei corsi più frequentati e commoventi.

« A Lei che pensa al *Colombario Generale* non dovrebbe dispiacere l' idea di unirlo con elegante *Strada ai Sepolcri*, la quale servirebbe anche a far sì che il cimitero attuale possa *bastare* per lungo tempo, senza ulteriori allargamenti, ai bisogni dei futuri estinti. »

(Sia detto qui di volo, ed una volta per sempre: con rincrescimento io non potei accettare l' artistica e pratica idea dell' illustre Professore di « *una commovente Via ai Sepolcri* » avendo io avuto l' intenzione di elaborare non uno studio locale, ma uno studio dimostrativo generale della cremazione, presa dal lato artistico, e ne' suoi molteplici sviluppi).

Coll' apparecchio Polli-Clericetti, fra non molto, nella capitale morale d' Italia, le ceneri dello Zurighese cav. Alberto Keller, riposeranno tranquille al fondo di un' urna mesta e severa.

In quel giorno l'umanità avrà camminato di un passo, — e l'Italia avrà aggiunto una nuova stella al suo serto di gloria.

L' arte e la cremazione.

> « L'*inspiration*, le *je ne sais quoi*, *ce qui va a l'idée* et qui *frappe l'âme*, sont des mots écrits en caractéres noirs sur des nuages bleus. »
>
> (Proudhon, *Du Principe de l'art*).

La civiltà umana « va lentamente spostando il suo centro di gravità, per appoggiarsi sopra una base più solida e più durevole: » si progredisce, e la riforma comandata dall'igiene deve necessariamente trovare il suo posto e schierarsi colle altre riforme imposte dalla scienza, dalla filosofia, dalla libertà.

Dall' istoria dell'arte presso tutti i popoli antichi e moderni, noi possiamo dedurne il seguente assioma: — I *monumenti* sono le pietre miliarie del cammino della civiltà. — L'arte e la civiltà si inspirano a vicenda, e si possono definire la strategia e la tattica della gran

lotta che il progresso intenta ai pregiudizi, che la luce intenta alle tenebre.

L' artista deve essere l' individuo per eccellenza all' altezza dei tempi: lo studio dell' arte delle epoche passate gli deve solo servire di punto d' appoggio a creazioni che costantemente rivelino l' epoca nella quale lavora. Dal lato della *produzione* non havvi artista più inutile d' un *archeologo*, giacchè egli è un artista *retrogrado*.

Perchè l' arte dovrassi ancora mantenere servile, in codest' epoca, in cui la filosofia basata sull' umana libertà, gitta uno sprezzante sorriso sugli ipocriti ed oscuri sistemi morali dei secoli passati; — in cui la scienza, sciolta dalle vecchie sue buccie, splendidamente cammina?

L'estetica architettonica scaturì dalla costruzione; e l'antica architettura ne era costantemente in rapporto. — La nostra scienza di costruzione è prodigiosamente aumentata: nuovi materiali e nuovi modi d' impiegarli l'arricchirono. E perchè dunque dovremo sempre mascherare tutto ciò con vecchi motivi?

Dalla *pluralità del bello* — ogni stile architettonico ha il suo — ne emerge che il *bello è relativo*. È un' assurdità il credere che *il bello architettonico abbia detto l'ultima parola*.

Il *caratteristico*, *l' originale ed il bello*, sono tre qualità strettamente unite fra loro.

Un grande problema si affaccia all'orizzonte dell'arte: — la Cremazione dei cadaveri le chiede una *nuova arte delle necropoli*. E questa nuova arte non suonerà *distruzione* dell'antica, ma solo *perfezionamento*.

E voi bravi artisti che strillate alla cremazione, non pensaste mai che il *mausoleo* deve la sua origine a Mausolo cremato? — La cremazione suona *progresso*; e perchè dunque dovrà spaventarvi? — Al terreno miasmatico e tetro, ed ai quattro muri che circondano un cimitero, sarà sostituito un *Colombario* architettonicamente caratteristico: — alle volgari e cachettiche lapidi, verrà sostituita la grave ed istoriata *urna*. — I pomposi monumenti, i busti, le statue allegoriche, le funeree decorazioni, saranno sempre le benvenute nei *Colombarii*, giacchè la cremazione non dichiara la guerra alle immagini, ma solo alla materia corrotta, che alla sua volta fatalmente corrompe. — E perchè dunque vi lasciate tanto spaventare dal calore, — da questo purificatore per eccellenza, — a cui gli antichi e classici popoli attaccavano l'idea non solamente della purificazione fisica, ma eziandio della purificazione morale?

Siamo logici, — rigorosamente parlando, quale sarebbe la tra-

duzione architettonica caratteristica d'un cimitero? Una superficie di terreno (la cui vastità è in proporzione della popolazione destinata ad esservi sepolta), circondata da un muro che accentua la divisione del *terreno sacro* racchiuso coll'esterno. — Eccezione fatta dei monumenti individuali, — ogni costruzione architettonica inerente non è altro che un lusso di costruzione. — Voi cercate una tomba? Accontentatevi adunque del metro quadrato di terra che vi è assegnato. Le moderne cellette che racchiudono il cadavere, non sono esse contrarie alle vostre massime fondamentali? Dal momento che destinate alla terra ciò che da lei è uscito, perchè invece lo racchiudete fra sei luride pareti di muratura? Sarebbe derisione il credere che si faccia ciò per impedirne le miasmatiche esalazioni.

Il sentimento di venerazione ai defunti, si riduce forse alle ossa orribilmente travolte e sconquassate da ulteriori sepolture, o alle nefande mani che le ammucchiano in qualche orrido ossario? (Del resto a quel che sento — lo dico fra parentesi — quando ne avete accumulate di troppe, così empiamente confuse le abbruciate anche voi altri, non è vero? O preferite forse mandarle alle raffinerie di zucchero?...)

Cosa dolorosa! — I pomposi frontispizi dei vostri cimiteri, portano scritto la parola « *lucro* »! Là voi lucrate sopra ogni palmo di terra; là voi vendete l'eterno riposo dei morti! — Strano ed immorale squilibrio, che mi richiama alla mente i versi di Giusti, il poeta civile:

Ribolla in lurida
Fogna plebea
Del basso popolo
La fricassea:

Spalanca o morte,
Vetrate e porte:
Aria a un cadavere,
Che andava a corte!

E noi, riverenti sempre all'ordine sociale, non intimiamo il bando ai pomposi sepolcreti patrizii, ma in nome dell'umanità intendiamo porre anche le ceneri delle classi le meno favorite dalla sorte al riparo di ogni profanazione, ed assicurar loro un eterno riposo — (giacchè un colombario è un *monumento sepolcrale collettivo*). Intendiamo di dare al popolo una genealogia, intendiamo di instillargli nel cuore un culto razionale e devoto verso i suoi antenati!

Benedetta l'igiene, che semplificherà le sociali barriere . . . . . dopo la morte!

Ma staccate la mente dal cupo quadro di un cimitero e dai suoi orridi dettagli, e riposatela invece nella beata contemplazione di un sacro deposito di urne cinerarie!

Ed intendasi questo in una *pubblica via dedicata ai defunti*, come ad Ercolano e Pompei, o più vastamente intendasi in un *Colombario Generale* con *Tempio Crematorio*, quanta poesia, quanta gravità, quanta proprietà e quanta pace regnerà in questo sacro monumento! — In tal modo il distacco doloroso della morte sarà meno triste, ed i trapassati non saranno più lurido incubo alla mente dei viventi. — Là il padre infelice troverà un soave refrigerio bagnando di lagrime le ceneri del figlio, — e l'orfano e la donzella, sulle urne dei lor cari tempreranno il cuore alla virtù, e calcheranno con piede meno fallace il cammino della vita!...

Ne sono sicuro: l'architettura del secolo XIX non verrà meno a sè medesima, — essa brillantemente risponderà all'appello: cospicue capacità architettoniche risolveranno l'umanitario problema. — Artisti superiori, che al dolce nome di avvenire dell'arte sentonsi balzare in petto il cuore, anelante a cooperare a tale progresso, previamente me ne assicurano dell'esito felice.

Ed ora permettetemi che umilmente io v'intrattenga dell'opera mia. Come studio dimostrativo dei vantaggi di una *nuova arte delle necropoli,* ed in risposta alle obbiezioni di spazio sollevato da Edmondo Latour (il medesimo che profetizzò all'umanità come, adottando la Cremazione *morrebbe di freddo per sperpero di calore...*), abbracciai — o tentai abbracciare — la questione nel senso il più vasto; — vale a dire, studiai un *Colombario generale per una grande città,* colle necessarie *ripartizioni,* e con *Tempio Crematorio.*

Presi a base del mio studio una città che, come Milano, fornisca un contingente di 950 morti al mese all'incirca; — e dove per la libera scelta che la legge lascia al cittadino del definitivo trattamento della sua salma, codesto numero possa ridursi a quello di 500 cadaveri al mese, che, all'essere sozzamente pascolo di vermi, avranno preferito la Cremazione che li ricorderà ai loro posteri. — Permettetemi una digressione: Noi rispettiamo la parola *facoltativa* in fatto di Cremazione: ma, analizzandola, la cosa si riduce ad una semplice questione di *libero arbitrio*; e dal momento che questo è la *fenice* umana, avremo coloro a cui la voce dell'istruzione è un comando, che saranno con noi, — ed avremo sempre quei gregari dell'ignoranza e del pauperismo che si lascieranno ognora influenzare

dai pregiudizi. — La parola *facoltativa* è ora *opportuna*; forse nell' avvenire non lo potrebbe *essere più*, per la semplice ragione che ogni passo nell' avvenire segna la distruzione di un pregiudizio, — e che fra le *due influenze sull'umana volontà*, si deve *combattere e distruggere* quella che è *immorale*.

Concedetemi adunque la supposizione della cifra di 500, la quale ho motivo di credere, fra non molto, non sembrerà punto esagerata.

Il monumento occupa una superficie di metri quadrati 62,000 (superficie non vasta, in rapporto delle sterminate superficii dei cimiteri attuali, giacchè il Cimitero Maggiore ha una superficie di 173,000 metri quadrati) di cui superiormente ne sono fabbricati metri quadrati 11,500: — e nel sottostrato, ove si diramano le catacombe, lo spazio di fabbricazione occupato è rappresentato dalla cifra di metri quadrati 33,500. — Ma nel piano superiore, deduzione fatta della superficie degli appositi viali in metri quadrati 6500, abbiamo uno spazio di metri quadrati 44,000, dedicati all'erezione di monumenti individuali e di famiglia, isolati, (quali colla cremazione già ne ebbero gli antichi Romani) — che in apposita interna concavità possono ricevere e conservare la cenere della persona di cui si vuol eternare la memoria.

Ma entriamo nel campo collettivo.

Il centro è occupato dal *Tempio crematorio* o locale di cremazione. — Questo monumento isolato occupa una superficie di metri quadrati 736; — e la cima della colonna monumentale che serve di scarico ai gas della combustione (avente per l'attrazione di codesti, a metà altezza nell' interno del tubo una collana di fiammelle di gas) si spinge sino a 53 metri dal piano normale sottostante. — Mercè adatto sistema di scala interna, l'ascensione si può effettuare sino al piano superiore del capitello, ad una elevazione di metri 45,00: alla quale altezza l'occhio potrà di certo godere di un vasto panorama.

Il monumento è accentuato al basso da due strati principali: il superiore, a metri 4,00 dal suolo, a cui si adisce con esterni scaloni, è *Tempio*: — l'inferiore a metri 7,00 sotto il pavimento del Tempio, con scalette di discesa, e grandiosa entrata per le vetture mortuarie, è il *locale di Cremazioae*.

Sulla porta d' ingresso al tempio, havvi un bassorilievo che rappresenterà *San Domenico di Guzmann capovolto!?* Il tempio si divide in tre cappelle, di rito romano, riformato ed ebraico, ove si possono celebrare delle messe di suffragio a coloro di cui sotto si raccolgono

le ceneri. — Gli apparecchi crematori sono visibili dal tempio per mezzo di una vasta apertura circolare centrale. — Nel sottostante locale di cremazione, vi sono suddivisioni per i depositi provvisorii delle salme e delle ceneri, non che altre per le indagini medico-legali, — per l' Officina del gas e ventilatori, — e pei servizii accessorii. — Otto urne crematorie (apparecchio Polli-Clericetti), disposte circolarmente, funzionano nel centro. Il da noi supposto numero di 500 cadaveri mensili darebbe una media giornaliera di 17 cadaveri circa, che (abbiamo visto essere di *due ore* lo spazio di tempo impiegato per ogni cremazione) ripartiti nelle varie urne crematorie, in poco più di 4 ore sarebbero inceneriti.

In caso di epidemia, — che la sorte ce ne preservi, — lavorando indefessamente gli otto apparecchi potrebbero cremare 96 cadaveri ogni 24 ore; e non bastando havvi pure un piccolo locale per la disposizione di nuovi apparecchi. Ma giova sperare, che in grazia della Cremazione, le pestilenze nell'avvenire si faranno per lo meno più rare e meno micidiali.

Nello sfondo, e precisamente all'estremità dell'asse longitudinale havvi il *Panteon*, dedicato a coloro che furono utili, ed onorarono la città e la patria. — La forma esterna di questo monumento, è quella di una piramide a base quadrata, avente un lato di metri 50,00, — ed il di cui vertice s' innalza a metri 40,00 dal suolo. — Un loggiato perimetrico esterno ne forma la base; — e la superiore spianata che riceve accesso da scaloni esterni che fiancheggiano i Pronai d'entrata, può essere coronata da una siepe pensile di quelle piante che sono simbolo funereo, i cipressi. — L' interno è un circolo del diametro di metri 30,00, con una costruzione a loggiato che accentua le divisioni delle nicchie, e coperto da una imponente volta elittica formellata, con una apertura circolare centrale.

Un monumento alla Gloria si innalza nel centro del pavimento, — il cui piedestallo rinserra una scala a chiocciola di discesa ai sotterranei.

La capacità di questo monumento è una lode preventiva alla razza dell' avvenire.

I due corpi semicircolari laterali (che nel loro insieme formano una specie di piccoli altipiani, aventi accesso da apposite scale e rampe) — sono dedicati all' uso di colombari di famiglia. — Essi risultano composti da due loggiati, — esterno cioè, ed interno, — che racchiudono un doppio rango di celle i cui ingressi corrispondono agli intercolonii, — e che (sopra un solo rango di disposi-

zione — vedi avanti) possono contenere all'incirca ognuna 360 urne cinerarie.

Vi sono quattro ranghi di questi piccoli santuarii di famiglia, dei quali i due superiori sono di 1.ª classe, e di 2.ª i due sottostanti. Ciascuno di codesti doppi ranghi conta 100 cellette che danno un totale di N. 800, — che, come torna facile il verificare, possono contenere N. 288,000 urne cinerarie (sopra un solo rango di disposizione).

I Colombarii che accentuano il perimetro generale ed i loro sotterranei, riuniti fra loro da costruzioni di passaggio, — caratterizzano i *locali di distinzione*. — I sotterranei dei corpi semicircolari laterali, fanno parte di questa gran classe. — Sommariamente possono contenere la cifra di N. 497000 urne cinerarie (come sopra).

I due scaloni sull' asse longitudinale sono le discese al santuario popolare, ai sotterranei. — Queste catacombe hanno uno sviluppo di 872 metri lineari, — sopra una larghezza trasversale di 20 metri, — rappresentata da una larghezza di 8,00 dell' androne centrale, e la restante ripartita lateralmente per la costruzione di celle, ognuna delle quali contiene N. 365 urne cinerarie (come sopra). — Due muri equidistanti, — dell' altezza di metri 5,25 dal suolo normale sotterraneo, dividono l'androne in tre striscie longitudinali di passaggio. Vedremo in seguito come questi muri facciano parte del sistema di collocazione delle urne. Il numero delle celle che fiancheggiano la mesta galleria è di 624, — e le urne cinerarie, che in esse e sulle panchine dei muri divisorii possono essere collocate, ascendono al numero di 515,000 (come sopra).

Il pavimento del sotterraneo trovasi a metri 9,50 sotto il suolo normale esteriore, — e l'androne centrale riceve luce da vaste aperture circolari, praticate nel centro della volta, ed esternamente difese da balaustrate.

La pace dell'eterno riposo — la gravità delle urne — la memoria dei trapassati che aleggerà a noi d' intorno colà dentro — la mesta luce piovente dall'alto, faranno di quelle catacombe un santuario di venerazione, di pace e di sacre memorie.

Per ragioni di estetica, e per impedire ogni filtrazione di acque, il piano del Colombario Generale, è elevato di m. 5,00 dal livello normale del terreno che lo circonda.

Una vasta scalinata nel mezzo, e due rampe laterali per i funebri carri di trasporto, ne caratterizzano l'accesso principale sulla fronte. — Sonvi pure altre scalette laterali e di dietro, quali entrate secondarie.

Due monumenti isolati, che fiancheggiano la scala d'entrata principale, sono destinati al personale di sorveglianza, ed alla direzione generale del monumento.

Ed ora dirò una parola di spiegazione sulla capacità delle urne, e sul mio *sistema di collocazione.*

Una lettera indirizzatami dall' egregio professore Polli (in data 23 giugno del corrente) ecco quale importante dimostrazione contiene:

« Il peso medio di un uomo adulto, e regolarmente sviluppato, varia fra i 75 e gli 85 chilogr.

« Il corpo umano è composto di 65 per 100, circa, di acqua, e 35 per 100 di parti solide, cioè carne, visceri, ossa, ecc., per cui gli 80 chilogr. del suo peso medio, corrispondono a 70 decimetri cubi circa (ammettendo un litro d'acqua, ossia un decimetro cubo di essa, eguale ad 1 chilog.).

« La cenere, ossia il residuo che lascia la calcinazione, può ritenersi del peso di 1[20 circa di quello del cadavere che l' ha fornita. »

Ora questi 70 decimetri cubi, quantità rappresentativa del volume medio di un uomo — corrispondono a 0,07 centimetri cubi — e supponendo che la cremazione del detto corpo dia la minima riduzione di volume che è di 1[12 — avremo le ceneri di un uomo normale ridotte ad una quantità cubica di 0,0058333 mill., vale a dire 6 millimetri cubi all' incirca. Da ciò ne risulta che queste ceneri possono essere contenute da un vaso di forma cilindrica, il cui diametro interno sia di 0,18 cent. e l'altezza di 0,25 cent. e calcolando 0,^{m}15 d' altezza, tra la bocca, il coperchio ed il piedestallo, l' urna cineraria avrà un diametro esterno massimo di 0,^{m}20 ed un'altezza di 0,^{m}40.

La traduzione artistica di questa massa, per il povero sarà una questione di ceramica, e per il ricco un problema da scultore o da fonditore. — Codeste urne possono essere numerizzate, istoriate, e ci si possono incidere o scolpire dei motti, dei nomi e delle date.

Gli antichi muravano le loro urne in apposite nicchie, costrutte nei muri paretali dei colombarii, ognuna delle quali ne conteneva mezza dozzina all'incirca. — Ma essi non avevano Colombarii Generali, ma solo colombarii di famiglia indipendenti, e quindi le urne che dovevano collocarvi, erano relativamente poche.

Il nostro problema essendo diversamente formulato, ne è una deduzione logica, che noi dobbiamo trovarne una diversa soluzione.

Immaginai di risolvere tale difficoltà, con delle banchine agget-

tanti 0,^{m}40 dal vivo dei muri, e ricorrenti ad un' altezza di 0,50 centimetri l' una dall'altra. — In *ogni metro lineare* di dette banchine (sopra un *solo rango* di disposizione — vedi indietro) si possono collocare *cinque* urne funerarie: e finito il primo rango di collocazione, *se ne può* cominciare davanti un *secondo*, ed allora la cifra sommaria della capacità del monumento sarà raddoppiata.

Questo sistema ci permette di accumulare il *decuplo* delle urne cinerarie, che i popoli dell'antichità collocavano in una eguale superficie di muro.

Riepilogando, senza contare la capacità del Panteon, giacchè i grandi uomini non si misurano alla stregua volgare, avremo la cifra totale delle urne cinerarie che il Colombario Generale progettato può contenere, espresso nel modo seguente:

Colombarii di famiglia	N. 288,000
Locali distinti	» 497,000
Catacombe	» 515,000
Somma totale . . .	N. 1,300,000

urne cinerarie che, come sopra abbiamo dimostrato, coi *due ranghi di collocazione*, può essere portato, a:

N. 2,600,000 urne cinerarie.

Abbiamo fatto calcolo sovra una cifra media di 500 cadaveri che mensilmente verrebbero trasportati al Tempio Crematorio, vale a dire 6000 cadaveri all'anno.

Questa cifra annuale, divisa per il numero totale delle urne cinerarie contenute nel Colombario Generale, ci dà una risultante di 433 anni e 33 giorni — spazio di tempo che deve necessariamente trascorrere, avanti che sia completamente occupato.

E, come dissi, non fanno parte di questo calcolo le ceneri che possono essere collocate nel Panteon e nei 44,000 metri quadrati di terreno pei monumenti individuali e di famiglia.

Ed in termine a tale spazio di tempo, qualora non abbia ancora agito il *tempus edax*, i posteri decideranno sulle nostre ceneri.

Ho tentato di dare uno scandaglio generale sul costo del monumento, ed eccone i principali dati:

Abbiamo occupato 62,000 metri quadrati di terreno, che preso all'esterno della città o nel perimetro, lo suppongo del valore di fr. 15,00 al metro quadrato, all'incirca.

Metri cubi 50,000 di muratura di varii generi, a cui finita attribuisco un valore medio di fr. 40,00 al metro cubo: ed inoltre

calcolo in aumento 1[5 della somma totale per spese impreviste. E con ciò avremo:

Terreno . . .	m. q. 62,000 × 15,00	Fr.	930,000
Muratura generale .	m. c. 50,000 × 40,00	»	2,000,000
Spese imprevviste		»	586,000
Somma totale . . .		Fr.	3,516,000

i quali devono essere pagati dalle generazioni che si succederanno in 433 anni.

E volendo rimborsare codesta somma, mercè una tassa sulle urne cinerarie, in media, senza distinzione di classe, codesta sarebbe rappresentata dalla cifra di L. 1. 35 cadauna urna collocata.

Ben inteso faccio conto che la *pubblica utilità* elimini ogni baratteria d'interesse.

In tesi generale, l'idea degli interessi capitalizzati applicata ad un monumento, è una cosa assurda. — Su tale base, per rimborsare la spesa dell'opera del Duomo di Milano dalla fondazione ai nostri giorni, ci vorrebbe una sterminatissima cifra di danaro, e tale da quasi tramutare in rame le pietre della nobile cattedrale.

Spendere non è distruggere una somma, ma solo un metterla in circolazione.

E nella suddetta cifra d'indennizzo non abbiamo calcolato i 44,000 metri quadrati di terreno vendibile che corrispondono a quella classe di terreno che al Cimitero Maggiore si vende a 200 franchi al metro quadrato. — E dopo tutto, non potrebbero i nostri posteri versare in sacri ambienti le ceneri del volgo intellettuale, e cominciare da capo?

In tal modo, creerebbero al monumento una specie di eternità relativa.

Da alcuni importanti dati comunicatimi da competentissime persone, ed accettando la durata effettiva di 100 anni calcolata per il Cimitero Maggiore (opera dell'egregio prof. cav. Macciacchini) e la cifra massima di 4000 cadaveri annui che vi sarebbero tumulati (Vedi opuscolo di Dell'Acqua) ne emerge il seguente specchio di paragone:

Superficie del colomb.	m. q.	62,000	Id. del Cimitero	m. q.	173,000
Costo »	fr.	3,500,000	Costo »	fr.	5,500,000
Durata »	anni	433	Durata »	anni	100
Urne contenute	N.	2,600,000	Cadaveri tumulati	N.	400,000
Tassa media per urna	fr.	1. 35	Id. per sepoltura	fr.	161. 75

E faccio punto davanti all'eloquenza delle cifre.

Ed eccomi giunto al fine del mio assunto. — M' applicai allo studio presente per l'amore alla scienza ed all'arte che si equilibrano nel mio cuore: e facendo voti per l'avvenire della cremazione, m'accontento, quale frutto delle mie fatiche, d'una parola d' incoraggiamento.

Barbengo (Lugano), 5 luglio 1875.

Nuovo istromento per l' estrazione dei corpi stranieri dal condotto acustico esterno; *del comm.* GIUSEPPE SAPOLINI, *Ufficiale di SS. Maurizio e Lazzaro, cavaliere della Corona d'Italia, Medico consulente della R. Casa. Presidente del Comitato dell' Ass. medica milanese, Membro corrispoadente d'Accad. ecc.*

Se io imprendessi ad enumerare e descrivere i singoli mezzi ed istromenti che da remoti tempi a noi vennero impiegati per l'estrazione dei corpi stranieri dal condotto acustico esterno, io farei inutile ed improbo lavoro. Sono dai chirurghi già noti, e molti giacciono nell' obblio, ond' io valutando assai la noja mia e la vostra, ometto volontieri siffatto compito, e vengo al concreto mio assunto.

Dato un corpo straniero nell'orecchio cosa hassi a fare?

Un corpo straniero lasciando da parte la sua forma va valutato piuttosto nella sua qualità se molle o frangibile, se duro, compatto e non frangibile giacente in quell'antro.

Nel primo caso mantenuto saldo ove lo si trova va frantumato e quindi con injezioni a getto continuato e vivace que' frantumi sortiranno; nel secondo caso stando l'impossibilità di farlo in pezzi trovare mezzo per estrarnelo.

Un corpo straniero può arrestarsi sull'entrata del condotto ossia nel fondo della conca ed una spattolina lievemente incurvata che si apposterà al di dietro del corpo, questa basterà a tener fermo il corpo quindi addentato con una pinzetta usuale lo si potrà estrarre.

Un corpo straniero passò quel limite e s'addentrò, oltre la curva propria del condotto, passò nella concavità ovalare inferiore, cui fa parete interna e sipario la membrana del timpano ed in questo caso quali mezzi debbonsi impiegare?

Tuttavolta che al chirurgo, all' otojatro, si presenta un paziente che geme per un corpo straniero penetrato nel condotto acustico nella massima parte dei casi quel corpo ha valicato quella curva. Il paziente e piccino ed adulto istintivamente avrà già colle sue dita o con altri mezzi avrà già tentato a più riprese di estrarlo, ma più e più volte non ne ottenne l'intento cercato e per quelle inconscie manovre lo ha vieppiù internato, frustrato ne' suoi tentativi o nelle tentate manipolazioni dei parenti, ricorre allora all'opra chirurgica.

Il chirurgo l' esamina, lo vede e lo tocca, e da informazioni desunte può sapere spesso di quale natura sia il corpo straniero e trae l'indicazione sul da farsi. Qui è giusto dove molteplici e moltifarj strumenti vennero immaginati ma che in massima parte fallirono onde io dissi inutile parlarne.

L' istromento all' uopo per eccellenza sarebbe quello che potesse dall'indentro agire per spingerlo all'infuori seguendo gli assi del condotto. Ciò non è possibile; buono sarebbe altresì quello stromento che abbracciato il diametro del corpo straniero potesse, compresolo e serrato fra zanne esportarlo.

La pinzetta più o meno grande od a lamine sottili non vale, ma oltre al non valere dessa allo scopo riesce essenzialmente dannosa. — Prendete una pinzetta fra le mani, mettete fra le sue branche un sassolino, un nocciolo, fate che il diametro del corpo sia compreso da quelle e voi vedete che le punte smussate della vostra pinzetta che emergono dal corpo straniero sono divaricate e quindi tentando di sortire dal condotto traendo il corpo non potrebbe escirne per la loro ampia divaricazione, e ciò dico se il corpo straniero è di una certa entità perchè se piccolo altri mezzi vogliono essere impiegati.

La pinzetta ha un grande svantaggio quale di dovere introdurre ad un tempo divaricate le sue branche, arrivate queste in vicinanza del corpo straniero, come desse troveranno la via per postarsi fra il corpo e la parete? Quante volte ed indarno il tentai sul cadavere che dal mio spingere e ferire non m'avverte.

Ognun sa che il condotto è ovalare e si può presumere altresì che il corpo straniero non avrà l'identica figura ovalare e che proprio i diametri del continente e del contenuto non si rispondano. Io sono persuaso che quasi sempre una tenta fatta a spattolina troverà sempre un adito ad interporsi fra corpo straniero e parete; questa manovra fatta con pazienza sempre la si può compiere, ma quella tenta vi rappresenta una branca della pinzetta, ma come l' altra branca penetrerà, poichè sta fissa in uno colla consorella? L'azzardo può dare solo una tale possibilità; io non mi vi sono mai incon-

trato nè sui vivi nè sui morti. Che però la prima branca sta fra il corpo e la parete, l'altra tocca il corpc, allora per azzannarlo si cerca di serrarlo ed allora una e dieci volte il corpo fuor scivola compresso dalle due branche e sempre più, perchè quel corpo non fu serrato oltre il suo diametro, sempre più s'addentra in là spinto sul diafragma timpanico che ne viene danneggiato, contuso e spezzato, ed il corpo straniero può talora essere spinto entro la cavità timpanica. La pinzetta è un mezzo a condannarsi perchè insufficiente ed arreca danni irreparabili e gravi.

Si modificò la pinzetta e si presentarono i forcipi, ma questi pure se fissi su perno non sono che pinzette altramente foggiate sì, ma che non presentano che i medesimi o peggiori svantaggi. Un piccolo forceps auricolare presolo a contemplare vi piace e poi se fenestrato vi assicura che il corpo straniero fra le sue braccia serrato lo si dovrà estrarre: ma quelle branche fisse ad un perno che sta a metà dell'istromento avranno l'istesso inconveniente della pinzetta, vale a dire la poca possibilità di farle passare entrambe fra il corpo straniero e la parete ed oltre, ma forse le sono peggiori delle pinzette istesse perchè essendo le branche corte per il perno posto a metà dell'istromento la divartcazione delle punte del forceps è ancora più sentita onde più difficile l'entrata loro e la sortita.

Se ne vide l'incongruenza e si pensò al forcipino snodato. Io ne tengo di molte forme e più d' una volta sull' immobile cadavere mi vi posi all' opera; premetto che un po' per riverenza al cadavere stesso o meglio alla squisita membrana del timpano che mi rammenta troppo e la mia e quella d' un povero paziente, premetto che in tali tentativi cercai assuefarmi la mano lieve, chirurgica e non da becchino; or bene introdotta l' una branca devesi ivi fissa mantenervela, onde colla mano destra l'operatore introdotta una branca del forceps ed ivi trattenuta colla sinistra, vi tenta di introdurre la branca gemella ed è cosa assai difficile, perchè per penetrare in quella concavità ovalare affondata che costituisce il terzo interno del condotto bisogna che la branca sia portata assai posteriormente onde il manico della medesima impalmato deve rivolgersi dove sta infissa la prima branca e questa e la mano che la tiene ne sono un impedimento. Nè io credo che si possa la prima branca affidare ad un assistente, anzi io opino indispensabile che ambo le branche siano manovrate dall'istesso operatore. Ed è una vera manovra perchè infissa la prima con questa ponnosi imprimere dei movimenti e d'alto in basso e laterali al corpo straniero ed in un momento propizio trovare forse d'insinuare l'altra branca. Più volte tentai, ma assai spesso

ho fallito perchè le mani sono troppo macchinose per agire in sì piccolo ambito. Supponiamo che per bene ambo le branche siano locate ed in giusto punto circa ai diametri, allora trattasi soltanto di chiudere il forcipe. Proprio ciò solo vi manca, ma è proprio il difficile e che distrugge il da voi fatto fin là con tanta pazienza. Il forceps da feto con moti laterali può scivolare facilmente ed impernarsi; la punta del forceps entro il bacino *può* trovar campo a movimenti. Il corpo afferrato ossia il capo può essere compresso dal forceps, e le due branche fatte paralelle si congiungono. Col nostro piccolo forcipe a branche indipendenti che entrarono in un punto circumambiente il corpo straniero che probabilmente non saranno collocate diametralmente opposte, noi vedremo i manici delle due branche segnare strane paralelle poco confortanti per poterle trarre a contatto ed annodarle assieme. Con calma mi vi provai ma sempre, meno qualche rarissima volta, vi riesciva: e quando vi riesciva? quando sul cadavere colla branca mi era fatto più ampio lume e quasi sempre; mentre io aveva con tal forceps afferrato il corpo e chiusolo per bene, io non poteva sortire nè punto nè poco. — L'uso del forcipe che ha l'avvantaggio sulla pinzetta per le branche fenestrate sue indipendenti, ha lo svantaggio su quella per la difficoltà estrema di congiungerle.

Sconfortato nei mezzi ed in uno della mia imperizia, poichè facile gli inventori vi addimostrano l'uso efficiente dei loro istromenti, pensai a modellare anch'io un forcipe auricolare. Dissi all' ottimo Baldinelli fabbricante d'istrumenti chirurgici che e per studii di fisica-meccanica e per acume molto bene sa e può fare — dissi, io vorrei un forcipe le cui branche stessero sempre unite ma che possino ad un tempo essere distaccate, voglio che queste branche si muovano sempre unite da un perno, vale a dire che l' una branca possa venire supponiamo abbassata dal livello dell'altra, p. es. 10 cent.: così io potrò introdurre l'una branca mentre l'altra resta fuori; voglio che la seconda branca ad introdursi abbia pure movimento di abbassamento ossia da poter raggiungere il livello della prima branca — non basta, devo avere un movimento di lateralità per il quale giunto coll' estremità della seconda branca al bordo del corpo straniero io potrò a tentoni trovare ove insinuare la punta di questa branca, voglio che abbia un terzo movimento sul quale condurre il perno mobile che l'una all'altra congiunge ad un punto centrico che mi indizia qualmente le due branche stiano diametralmente opposte e che paralelle abbracciano il corpo. È un bell'istrumentino a garbo che mostra l' intelligenza dell' artefice; ma se il pensiero fu buono

vi osta la difficile attuazione. Su molte volte esperite sul *cadavere* una sol volta vi riesciva, ma il corpo straniero era di piccolo diametro. Se tutti i trovati al tavolo fossero pratici!

Frustrato tornai all'istromento che talvolta mi era riescito, alla curette di Leroy d'Etiolles.

È questo pure un istromento logicamente soddisfacente, ma praticamente poco e dirò assai poco pratico.

Più d'una volta io lo adoperai sui vivi, e vi riesciva quando il condotto non era infiammato, gonfio, doloroso, ma spesso non vi riescii per la non requie del paziente, che pretendere calma da loro è troppo pretendere — sieno dessi adulti e volenti, e peggio ed impossibile nei ragazzi se non anestetizzati, e vi riesciva quando il corpo straniero non era grosso e vi riesciva, dico ben di rado, usando contemporaneamente delle pinzette, allorchè sollevato il corpo dal fondo mediante il braccio di leva della curette affine di impedire che premesse sulla membrana del timpano, la pinzetta poteva abbracciarlo ed esportarlo. Ma spesso dissi non ottenni lo scopo. Ho sempre potuto od in un punto o nell'altro oltrepassare colla punta ottusa della curette, riescii sempre ad articolare l'appendice della medesima e renderla trasversale sicchè si adagiasse dietro il corpo straniero, ma da questo punto la bisogna si faceva difficile assai. Ivi appostato l'istromento si deve ad un tempo, trarre sul corpo straniero e tener contro al corpo l'asta perpendicolare della *curette*. In un caso tre volte l'istromento si ruppe là dove sta la fragile sua articolazione. Ma dato che resistesse l'operatore spinge sempre il corpo straniero anche in senso trasverso, quindi il corpo va ad urtare contro la parete opposta ed innalzandolo col braccio trasverso della leva andrà *a fortiori* ad urtare contro l'orlo esterno che limita la fossa ovalare del condotto. Così essendo, nè altrimenti potendo essere, il corpo straniero non escirà se non è ajutato da altro mezzo quale un'idonea pinzetta. Questa lo potrà forse azzannare poichè l'operatore non teme di entro spingerlo perchè distanziato dalla membrana del timpano dalla leva trasversale. Dopo tutto ciò che par tanto fattibile, raramente pur troppo lo scopo si ottiene. In ogni modo la curette di Leroy d'Etiolles è un logico strumento che soddisfa la mente e che può soddisfare all'intento.

Tentai trovare altro mezzo che in quel senso, il solo senso pratico, potesse agire. Col Baldinelli sempre che sa bene comprendere e che ben volente per il nuovo si accalora, mi spiegai per altro stromento.

Sia una sonda schiacciata, sottile e vuota, e perchè forte, sarà costruita in acciajo, entro quella scorra una laminetta elastica d' acciajo, la cui estremità arrotondata fuori spinta pieghi all'interno sì da costituire una leva trasversale all' instar della detta *curette* di Vidal de Cassis. Questa leva elastica spinta da manubrio a vite, lambendo e scivolando sul corpo straniero arriverà al di lui confine, ed allora imprimendo dei moti di lateralità potrà trovare da farsi strada fra il detto corpo e la parete. Oltrepassato il diametro del corpo e seguitando l' operatore a spingerla finirà, così sperava, per escire dal condotto vistala afferrarla con forte pinzetta. Ciò ottenuto, traendo quindi e sulla sonda e sull'estremità libera io dovrò per certo tirare a me il corpo straniero. Affè il trovato era eccellente, ma il plauso fu soffocato dal perenne insuccesso. La porzione libera elastica e curvilinea che io spingeva non la potei mai fare avanzare che di pochi millimetri pare che incappasse nel corpo straniero e peggio battesse contro la parete opposta onde impedito lo scivolare e lo scorrere di quella estremità. L'ottenni però una volta sempre in cadavere, credo perchè aveva introdotto un nocciuolo piccolo di ciliegia.

Era spossato dal perenne insuccesso ma non vinto, comechè ad ogni tratto pazienti mi si presentavano afflitti dalla presenza di corpi stranieri in quel meandro, cui urgeva l'estrazione, ed i mezzi in mia mano erano inefficaci ed io li aveva condannati. Ripensai, e sulla guida dei falliti istromenti uno ancora costrussi, e che ora vi delineo.

All'estremità d'un tubo (1) cilindrico sia fissata una forte laminetta relativamente robusta (2) e questa laminetta d' acciajo lunga un centimetro circa dovrà essera arcuata leggiermente presentando la sua concavità alla parte interna. Entro il tubo scorre un maschio o mandarino il quale arrivato alla apertura inferiore del tubo sarà munito di altra laminetta (3) avente la stessa concavità della prima, che anzi il dorso convesso di questa seconda dovrà combaciare a tanto col concavo della prima laminetta sì che all'occhio sembri un solo corpo, e questa seconda laminetta sarà di un millimetro e mezzo più corta della prima od esterna. All' altra estremità superiore del tubo (4) havvi un padiglione, entro il quale sta fisso il mandarino che porta la laminetta interna arcuata (2) onde l'operatore tenendo fisso il tubo cilindrico (1) dotato questi pure di padiglione (5) perchè meglio le dita lo tengano fisso, l' operatore potrà far girare la laminetta interna e farle descrivere una linea circolare. E perchè nell'introdurre l'istromento le due laminette non si distacchino, una vite (6) in alto vi sta che le rende immobili.

L'operatore impalmato il padiglione superiore ed assicurata dapprima la posizione delle due lamelle sì che una sola appaja, premesso se possibile alcune injezioni d'acqua tiepida, irrorato il condotto con olio, tenterà d'insinuare la punta dell' istromento fra parete e corpo straniero, e lo insinuerà dove potrà trovare adito poichè non vale che sarebbe meglio penetrare piuttosto alla parte anteriore tragica od all'antitragica, dove il varco è possibile ivi si passa. Qui segna il primo tempo dell' operazione. Assicurato che la punta od estremità sta al di là del corpo straniero e dopo avere impressi alcuni movimenti all'istromento sì da smuovere in più d'un senso il corpo straniero, allora serrando il padiglione (5) colla mano sinistra tenterà colla mano destra che tenea impalmato il padiglione superiore (4), avvertendo di smuovere la vite che impedisce il muoversi del mandarino, allora dico tenterà di imprimere un moto circolatorio alla laminetta interna (2) la quale scorrendo lambisce e circuisce il corpo straniero. Se tutto il semicerchio di questo sarà svolto, di che l'operatore è avvertito per due punti neri che si corrispondono e che si vedono segnati sui due padiglioni, allora l'operatore sa che il corpo straniero sta collocato entro due laminette concave, e questo sarà il secondo tempo. Traendo allora a modo e con movimenti in più sensi e con pazienza, egli riescirà ad estrarre il corpo straniero. Sul cadavere riesce assai bene. — Si dirà che essendo due lamine presenteranno troppo spessore; non è molto e vi si passa se con pazienza si opera.

Se il corpo è incuneato e fisso per le pareti tomentose ingrossate come può scorrere la laminetta interna concentrica? non trovai gran difficoltà quando si imprimino all'istromento movimenti in più sensi, del resto la lamina esterna essendo posta all' infuori crea già una distanza ove la interna può procedere.

Ma dato un corpo straniero che tutto quell'ambito riempia come nelle molte mie prove, ove impegnava a forza un grosso sassolino, allora, impedito il movimento di semicerchio sul medesimo della branca interna allora ottenni solo un terzo di svolgimento, ma le due branche presentando una concavità rimarchevole agendo quale un cucchiajo che smosse e sollevò il sassolino.

In tal punto anche questo stromento diventa inefficace all'estrazione sarà non altrimenti che la curette d'Etiolles. Ma in quel punto devesi far uso di pinzetta apposita la quale potrà fortemente azzannare il corpo essendo sostenuto per di dietro dalle branche abbaccinate dall'istromento.

Senza pinzetta il chirurgo è come senza una mano, ma la pin-

zetta comune dovrebbe a mio dire essere modificata perchè abbia un'azione più logica. Le branche della pinzetta afferrando un nervo un'arteria, quelle branche presentano due piani inclinati, che dal di dietro premono all'innanzi. Abbiano quindi una doppia pressione l'una dettata da una perpendicolare che passa dall' una all' altra branca; l'altra una pressione posteriore-anteriore per cui la risultante designerà due linee che fanno angolo all' innanzi, ossia che il corpo presso tende ed è spinto ad escire dalle branche della pinzetta. Questa è la ragione che sì spesso il corpo preso spesso esce dalle zanne della pinzetta.

Io credo che una piccola modificazione alla usuale pinzetta tornerebbe opportuno. Io stimerei provvedere a tal difetto col munire di forte tallone l'unione delle due branche. Si usa dare al tallone o calcio della pinzetta una forma di cuneo tenendo il grosso all'indietro e la porzione inclinata uniforme all'imbasso verso le branche.

Il Baldinelli me la costrusse in senso inverso o quando meno volli che il tallone fosse di uno spessore eguale. Una pinzetta quando è compressa dalle dita preme dall'indietro all'avanti non altrimenti che la forbice che quantunque tagliente pure preme in quel senso.

Ed è sì vero, che se le punte di questa non oltrepassano d'assai il punto terminale che s'intende di dividere, resta sempre un piccolo lembo che si dovrà tagliar di nuovo il che torna uggioso all'operatore e di nuovo dolore al paziente.

E sebbene non sia nel mio assunto di parlare della forbice pure dirò per *transenam* che a tale inconveniente relativamente grave vi si può rimediare dando una concavità appena sensibile ad una delle due branche della forbice (X). E tanto più così dovrà essere costrutta trattandosi di forbici grosse quali, per esempio, per taglio di tonsille, d'uvola e di velopendulo, ecc. non che per forbici da polipi. E però io crederei bene che se tutte quante le forbici fossero così foggiate sarebbe meglio e gli angoli dei taglj risulterebbero più franchi e netti.

La mia pinzetta pertanto a branche sostenute e forti dal tallone (T) alla punta loro, facendo la presa di un corpo piuttosto lo spingerebbero all'indietro, laonde fuori non scivolando la presa sarebbe costante e non si avrebbe il danno di vederlo scivolare fuori dalle loro punte nel qual caso viene spinto con forza sempre più all'indentro e verso la membrana del timpano.

La mia pinzetta finisce con due punte smussate, offrendo al di dentro una piccola infossatura scabra (A. B). Avverto che l'infossa-

tura è semplicemente scavata nello spessore della branca, onde il lato esterno non deve presentare alcuna convessità.

Di tal pinzetta io uso tuttavolta che il corpo straniero non potessi estrarre col mio istromento ma che però tenuto saldo da questo quello io posso addentare colla pinzetta robusta.

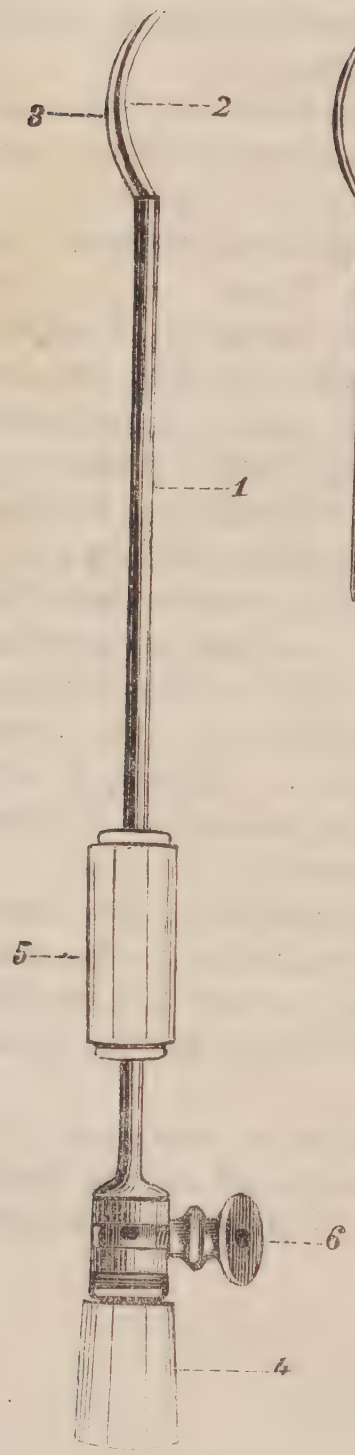
In questo caso il corpo non potendo spingersi sulle membrana del timpano ma restando fisso io posso forzare anche premendo sul corpo colle branche della pinzetta.

Con tal mezzo io già tolsi non è molto tre corpi stranieri giacenti nelle orecchie da mesi ed uno anche da 7 anni.

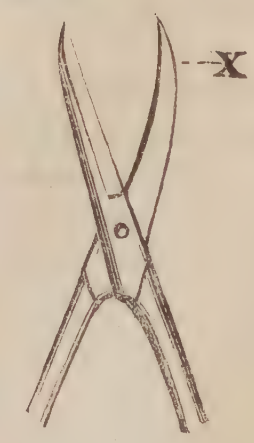
Ma prima di chiudere voglio che i signori chirurghi ed otojatri si persuadano che un gran mezzo per l'estrazione dei corpi stranieri dal condotto acustico sono le injezioni a getto grosso e prolungato ossia fatto con grossa sciringa ed acqua calda. Tutti i trattati accennano a sì ottimo mezzo ed io lo constatai efficacissimo. Questo è il primo mezzo ad impiegarsi tosto che si presenta un corpo straniero nell'orecchio e questo sarà ancora un gran mezzo quando l'infiammazione dei tessuti dermoidei che tappezzano quel condotto con opportuno e logico trattamento sia stata depressa o vinta. Allora un grosso fiotto d'acqua, aumentandone graduatamente la forza, corona spesso più che non si crede l'opera : queste non bastano , il corpo vi stanzia, cruccia il paziente trambasciato e moralmente e fisicamente allora si tenti con questo nuovo istromento.

Io non lo credo perfetto. lo credo però perfettibile , ma sebbene io cercassi in un col sig. Baldinelli a migliorarlo siccome bisognava complicarlo così me ne astenni. Altri il faccia e loro darò ben lieto la mia destra poichè colle due avremmo fatto un gran bene umanitario.

Ritengo infine che il chirurgo otojatro dovrebbe essere provveduto di una serie di questi stromenti ossia di maggior e minore dimensione perchè i condotti acustici non avendo l'eguale diametro abbisognano stromenti di relative proporzioni.


3
2
1
5
6
4

A
B
T


X

Di un caso di ristrettezza trasversale del bacino; *osservato dal prof.* COMELLI *nella Clinica ostetrica del Civico Spedale di Trieste.*

Nel luglio dell'anno 1873 avvenne nel riparto Maternità di questo Civico Spedale un caso di parto irregolare per catino trasversalmente ristretto (pelvis transverse arctata) che merita d'essere pubblicato se non altro per il motivo che sì di raro si presenta all'osservazione, tanto è vero che nella letteratura non se ne trovano descritti finora che sette soli casi (a rigore 14 sono i casi descritti finora dagli Autori; cinque però appartengono a neonati, e due erano cagionati da cifosi lombo-sacrale e necrosi).

La pubblicazione di questo caso viene ancora maggiormente giustificata, perchè presenta viziature e complicazioni differenti da quelle dei casi finora descritti; il motivo principale però che mi indusse a renderlo di pubblica ragione, è la circostanza che il parto si effettuò pelle vie naturali previa la cefalotomia con felice esito per la madre, scansando il taglio cesareo; è questa l'unica donna fra tutti i casi finora descritti, che rimase illesa e che tutt'ora vive.

Avuto riflesso ai sopra citati motivi m'accingo alla esposizione dell'anomalia; esposizione che confesso riescirà alquanto mancante e molto meno esatta delle altre, per la circostanza che nel nostro caso manca del tutto la descrizione anatomica del catino, essendo la puerpera escita dallo stabilimento guarita.

Maria Cermel, nubile, d'anni 28, nativa di Vertovino, nel Goriziano, nacque da genitori sani, ebbe un fratello ed una sorella; di tutta la famiglia non esiste che lei sola e nulla ella sa riferire sulle malattie alle quali soccombettero i summenzionati suoi congiunti.

Dalla sua nascita in poi ella godeva perfetta salute sino all'età di otto anni; allorchè s'ammalò, principiando la malattia al sacro sul quale si formarono due tumori, che dopo la durata di diversi mesi si aprirono spontaneamente con efflusso di pus e sangue per più che un anno consecutivo; di poi formaronsi altri ascessi in diverse regioni del corpo, come alla clavicola sinistra, alla faccia, alle coscie e precisamente alla regione d'ambo le articolazioni coxo-femorali, alle gambe ed alle braccia; tre anni ella rimase a letto senza potersi alzare, poi cominciò a muoversi trascinandosi seduta per un anno intiero, per tre anni camminò con due bastoni ed ora da 12

anni cammina con un bastone, dirigendolo con tutte due le mani. Da tutta la durata della malattia tiene le coscie immobili, perfettamente anchilosate. Dopose la Cermel di ricordarsi bene d'aver sofferto atrocissimi dolori in diverse regioni del corpo, particolarmente nei primi due anni che era obbligata di guardare il letto. Malgrado la malattia in corso insinuavasi la mestruazione per la prima volta nell'età sua di 17 anni, che rinnovasi mensilmente, periodicamente, senza sconcerti di sorta sino nell'ottobre 1872; dalla qual epoca data il principio della gravidanza, che ebbe un buon decorso sino al giorno del parto, cioè il 18 luglio, giorno della sua accettazione nella Clinica ostetrica.

Le prime doglie manifestavansi la mattina del 17 nella sua abitazione presso un mandriano Gretta; osservando la levatrice che assisteva al parto che questo non progrediva, malgrado le più forti doglie per 24 ore di seguito, fece chiamare il collega dott. Chius, il quale dopo avere constatato un'insolita ristrettezza del catino fece trasportare la partoriente nello stabilimento di Maternità, non essendo possibile d'accingersi a qualsifosse atto operativo stante l'angusto ed incomodo stanzino che la donna abitava.

Al momento della sua accettazione nello stabilimento di Maternità presentava la Cermel il seguente *status praesens.*

Essa è di statura media, molto magra, di costituzione debole, d'ossa gracili; porta tutto il tronco molto curvato in avanti; i femori sono semiflessi a cagione di perfetta anchilosi nell'articolazione d'ambo le coscie; in corrispondenza a queste articolazioni trovansi estese cicatrici ed adesioni di queste alle rispettive ossa; simili cicatrici riscontransi anche in altre parti del corpo, come al dorso, alle regioni che corrispondono alle sinfisi sacro iliache, lungo la colonna vertebrale ed alle gambe. Essendo i femori anchilosati in semiflessione, l'ammalata per stare in piedi e camminare oltre a servirsi del bastone deve inclinare il catino fortemente in avanti e gettare il tronco all'indietro; le coscie non possono essere allontanate minimamente una dall'altra, essa fa i passi movendo le estremità inferiori soltanto nell'articolazione del ginocchio; il coito venne effettuato a posteriori, come asserisce la stessa Cermel, perchè ab-anteriori sarebbe stato impossibile.

Riferitomi che già da 15 ore trovavasi la testa incuneata nell'entrata, volli dapprima indagare quale fosse la causa dell'impedimento del parto; e già coll'esplorazione esterna m'accorsi ben presto trattarsi d'una enorme ristrettezza trasversale del catino, tale che all'esplorazione interna mi riuscì con grande difficoltà d'introdurre

trasversalmente due dita fra le due tuberosità degli ischi, ed una introduzione della intera mano non era nemmeno da tentarsi.

All'esame esterno del ventre trovai una forte inclinazione del catino, l'utero di forma ovale, il suo fondo 6 centimetri sopra l'ombelico e ventre a bisaccia; non mi fu dato di sentire nè movimenti fetali, nè battiti cardiaci; ricercata depose la partoriente d'aver intesi i movimenti della creatura alla sua destra, ed il dott. Chius che l'avea visitata 24 ore prima del suo ingresso nello stabilimento mi disse d'aver inteso i battiti cardiaci a sinistra della madre, circostanze che mi persuasero trovarsi il feto nella prima posizione, tanto più che al toccamento esterno trovai le parti piccole del feto alla destra della madre.

All'esame interno che praticai a posteriori mettendo la donna sul fianco, trovai le parti genitali esterne, soltanto alquanto tumefatte, così pure la mucosa della vagina che era di colore violaceo; verso la metà del canale pelvico trovai un tumore semiduro, non molto teso, capelluto, che riconobbi quale tumore verticale; la distanza delle pareti laterali del catino mi appariva molto minore del normale e l'arco del pube d'insolita ristrettezza; del resto mi fu impossibile di ottenere ulteriori schiarimenti sull'ampiezza del catino.

Sembrandomi già dall'esame fatto coll'ispezione e colla palpazione fuori di dubbio trattarsi d'una ristrettezza del catino in direzione trasversale, praticai ciononostante la misurazione esterna mediante il pelvimetro di Baudelocque, e trovai che la distanza delle due spine anteriori superiori era di cent. 20,5 la distanza della cresta degli ilei cent. 23,5 quella tra due trocanteri cent. 27,5 la conjugata esterna misurava 20,5 cent.

Riassumendo tutti i sintomi desunti dall'andamento del parto e dalla esatta esplorazione e misurazione, la diagnosi della rilevante ristrezza trasversale del catino era fuori d'ogni dubbio.

Essendo la donna già alquanto esausta di forze per la lunga durata del travaglio, passai all'estrazione del feto; non feci nessun tentativo col forcipe, perchè lo ritenni inutile ed anzi dannoso; risulta infatti dalla conformazione anatomica del catino, che poteva bensì riuscirmi d'introdurre le branche del forcipe separate ma chiuderle sarebbe stato impossibile; non restava altro perciò che ricorrere alla cefalotomia.

Coricata la donna sul fianco destro m'accinsi all'operazione, s'intende già a posteriori, trovando nell'introduzione degli istrumenti non poca difficoltà; perchè quantunque il catino fosse molto inclinato (circostanza vantaggiosa per l'applicazione a posteriori), il di-

stretto inferiore non presentavasi quanto era necessario all'operatore, perchè le coscie essendo anchilosate non potevano venire avvicinate al tronco; dopo punto il tumore verticale dal quale uscirono circa due once di sangue e siero, perforai la testa col foracranio appuntito a forbice modificato di Blaud; e dopo vuotato il cervello mercè injezioni d'acqua, afferrai la testa colla pinzetta d'ossa del Messnard-Stein, introducendo una branca nella cavità del cranio e l'altra fuori per circa 2 pollici; estrassi quindi la testa con forti trazioni e tirando di poi con le mani alla testa estrassi il tronco; con non piccola difficoltà avendo dovuto eseguire forti e prolungate trazioni per disimpegnare le spalle; la placenta uscì da per sè, il che fu di grande vantaggio, perchè con quel grado di ristrettezza della pelvi sarebbe stato impossibile d'introdurre la mano nell'utero.

Il feto aveva tutti i segni di un feto maturo però poco sviluppato (lunghezza 46 cent., peso grammi 2815). I diametri della testa si sottrassero alla misurazione, stante il forte schiacciamento del cranio avvenuto durante il passaggio per la pelvi.

La puerpera riebbe presto le forze, e malgrado la lunga durata del parto e l'operazione, non avvenne in essa la minima reazione; nel duodecimo giorno di puerperio ebbi il piacere di presentare l'operata al corpo medico del Civico Spedale in una seduta mensile e nel quindicesimo giorno di puerperio essa uscì sana dall'Ospitale.

Prima che la puerpera uscisse dallo stabilimento esaminai di bel nuovo il catino, la misurazione col compasso di Baudeloque mi diede naturalmente gli stessi risultati che avea avuto all'esame avanti il parto.

Il catino enormemente inclinato, i due ossi ilei meno curvati ed in posizione più perpendicolari, l'osso sacro assai stretto, non avendo più la sua forma piramidale, le spine posteriori degli ilei molto avvicinate fra di loro, gli ossi ilei e le branche orizzontali del pube di forma piana e distesa all'innanzi, perciò queste ultime si toccavano ad angolo acuto a forma di becco convergendo verso la sinfisi del pube, anche le sue branche discendenti e quelle ascendenti degli ischi; malgrado la forte inclinazione del catino, l'osso sacro alquanto più basso della sua solita posizione, la sinfisi del pube è a tutto rigore in mezzo del catino, e della sopra-menzionata anomalia delle singole ossa componenti il catino non trovasi alcuna differenza da una metà all'altra della pelvi; essendomi stato impossibile d'introdurre tutta la mano nella cavità del catino, dovetti limitarmi a penetrarvi con mezza mano, volgendo le faccie volare e dorsale ai lati del catino, e così ebbi contezza della normale anzi eccessiva

lunghezza del diametro retto e della menzionata cortezza del trasversale.

L'esame interno praticato dopo il parto nel modo ora descritto non fece quindi che confermarmi trattarsi nel caso presente di una ristrettezza simmetrica trasversale del catino, che esiste a preferenza all'escita nel maggior suo grado, che l'istessa anomalia interessa anche l'entrata però in minor grado; la diagnosi fu dunque di *Pelvis transverse arctata.*

La diagnosi della forma della ristrettezza non offriva grandi difficoltà, essendo essa distinta da tali segni da non potersi confondere con altre simili viziature; dal catino ristretto per osteomalacia è facile il distinguerla già coll'ajuto dell' anamnesi e colla forma diversa dell'osso sacro e delle ossa iliache; dal catino trasversalmente ristretto per chifosi, dalla mancanza della chifosi e dalla differente lunghezza del diametro trasversale e di quello dei trocanteri; tutto al più si potrebbe confondere il nostro catino con un catino del resto normale ma piccolo ed a forma d'imbuto; ma l' esatta esplorazione (dalla quale risultava ristrettezza dell'osso sacro alla sua base, avvicinamento delle spine posteriori iliache, non che appianamento degli ossi ilei) avvalorata dall' anamnesi d' un processo infiammatorio cronico alle sinfisi sacro-iliache, mi rendeva abbastanza facile il discernere una forma dall'altra.

La causa patologica comune a tutti i catini finora descritti con l'anomalia in discorso fu sempre la mancanza di sviluppo delle ale dell'osso sacro, congiunta a sinostosi d'ambo le sinfisi ileosacrali.

Mi sembra indubitato che anche nel nostro caso l'anzidetta sinostosi ne sia stata la causa patologica; vi concorse però ancora probabilmente un' altra causa quale momento eziologico della viziatura, cioè l'anchilosi per sinostosi della articolazione coxo-femorale.

Differenti sono le opinioni espresse dagli autori sulla genesi dell'anomalia in discorso, monografie dei singoli autori che s' occuparono di questo argomento, trattati d'ostetricia o d'anatomia patologica ne parlano diffusamente.

Possiamo dimostrare anzi tutto nel nostro caso che l' anomalia descritta non era un vizio di prima formazione, perchè come ce lo dimostra l'anamnesi, la Cermel godeva perfetta salute sino all' età di 8 anni; ma se riflettiamo che essa giacque ammalata dal suo ottavo sino al tredicesimo anno e che durante tutta quell'epoca il suo corpo era coperto da piaghe in diverse regioni, le quali piaghe sono ora contrassegnate da altrettanti cicatrici, marcatamente al sacro come pure alle regioni che corrispondono alle sinfisi sacro-iliache,

alle articolazioni coxo-femorali nonchè in altre parti del corpo, necessariamente dobbiamo ammettere che il diffetto del nostro catino sia la conseguenza d'una malattia sofferta dalla Cermel nei primi anni della sua gioventù; possiamo perciò con tutta ragione supporre che una infiammazione lenta scrofolosa abbia cagionato la sinostosi delle sinfisi sacro-iliache nonchè l'anchilosi delle articolazioni coxo-femorali, e che la sinostosi delle sinfisi sacro-iliache abbia impedito il libero e regolare sviluppo delle ale dell'osso sacro, e che questo mancante sviluppo (nonchè l'anchilosi delle articolazioni coxo-femorali) abbiano cagionato il difetto del catino.

Il grado di ristrettezza è minore all'entrata che all'uscita; ce lo dimostra l'andamento del parto essendo mercè prolungate e forti doglie alquanto discesa la testa in cavità.

Questa minore ristrettezza del distretto superiore tanto favorevole alla scelta del metodo operativo è da spiegarsi dalla circostanza che ben otto anni la Cermel era sana, che quindi in quell'epoca nulla impediva il catino nel suo regolare sviluppo, e questo regolare sviluppo dell'osso sacro avrà continuato parzialmente anche nei primi anni della malattia, fino a tanto che trattavasi di sola infiammazione, ma che lo sviluppo si sia arrestato appena dopo terminato il processo della sinostosi.

La prognosi era favorevole nel nostro caso perchè la ristrettezza all'entrata non arrivava a quel grado come negli altri parti irregolari per viziatura del catino simile al nostro, e descritti dal Robert, dal Kirck, Koffer, Kekrer, Seiffert e dai suoi assistenti Lambl e Kleinvächter; mentre in 5 casi si dovette ricorrere al taglio cesareo e nei due di Praga alla cefalotrissia, in tutti con esito letale per le madri e per le creature; soltanto nel nostro caso la madre uscì guarita dallo stabilimento.

Il metodo operativo consistette nell'estrazione della testa colla pinzetta d'ossa di Messnard-Stein, previa la perforazione col foracranio modificato da Blaud e vuotamento della massa cerebrale e consecutiva estrazione del tronco con forti trazioni manuali eseguite alla testa.

I principali Autori sono d'avviso che il taglio cesareo sia quasi esclusivamente l'unica áncora di salvamento nella anomalia in discorso, eccettuati rarissimi casi. — I casi di parto per *pelvis transverse arctata* sono stati finora tanto pochi che riesce ancora cosa assai difficile stabilire il vero metodo operativo.

Nei due casi nei quali il parto ebbe termine per le vie naturali, trattati dal Seiffert e descritti dai suoi assistenti Lambl e Kleinväch-

tere fu eseguita l'estrazione del feto col cefalotritore previa la perforazione in un caso, e senza escerebrazione nell'altro; i suddetti autori fanno grandi elogi alla cefalotrissia, la quale operazione non dovrà mai essere sostituita da altro metodo operativo.

Io non posso dividere nè l'opinione degli ostetrici che ammettono la laparohysterotomia quasi come la sola operazione indicata nella viziatura menzionata, e nemmeno quella degli ostetrici di Praga che parlano oltre al taglio cesareo, in esclusivo favore dell' estrazione col cefalotritore.

Il taglio cesareo trova la sua indicazione nell' anomalia in discorso a seconda del grado, come in tutte le altre forme di catino ristretto, e la sua applicazione dipenderà da tutte quelle indicazioni e circostanze che lo richiedono più o meno nelle altre viziature.

Il Seifert ammette che in un catino dove il diametro trasversale dell'entrata misura cent. 7,8 e quello dell'uscita cent. 5,2 sia ancora possibile il parto per le vie naturali, s'intende mercè l' applicazione del cefalotritore, e che sotto questa misura si debba ricorrere al taglio cesareo.

L'applicazione del cefalotrittore deve a mio parere incontrare tali ostacoli da riuscire oltremodo difficile, e concesso pure che con grandi difficoltà riesca l' introdurre ed il chiudere le branche dell'istrumento, non bisogna disconoscere la facilità a gravi insulti alle parti molli della madre (decubito, ecc.), che certamente potranno aver sinistre conseguenze nel puerperio.

Assai più facile e più sicura riesce l' operazione col cranioclaste previa la perforazione, dopo evacuato il cervello, le branche del cranioclaste possono fare buona presa sul cranio e permettere di eseguire una forte trazione, senza che l'istrumento ceda e senza che l'operazione stessa minacci più da vicino la salute della donna.

In tutti i casi di ristrettezza assoluta (di terzo grado) sia per osteomalacia o per rachitide, io do la preferenza, come feci nel caso in discorso, sempre all'estrazione della testa perforata, col cranioclaste, o colla pinzetta d'ossa di Mesnardstein, o con quella di Ohiari, metodo operativo coronato da migliori e più sicuri risultati dell'estrazione col cefalotritore.

Con questo metodo a mio parere si riesce alcune volte a compire il parto per le vie naturali in casi nei quali sarebbe impossibile l'applicazione del cefalotritore ed estremo rifugio quindi il taglio cesareo.

Nevralgia bracchiale da latente sarcoma; *Relazione del medico primario* SCOTTINI *letta nell'adunanza del Civico Spedale di Pavia il 21 maggio 1875.*

In mezzo al rilevante numero di ammalate che in ciascun bimestre affluiscono allo spedale per essere curate, non è difficile che si presenti qualche caso particolare meritevole di speciale menzione sì per l'indole che pel decorso della stessa malattia. E tale a mio avviso fu quello offertomi nel bimestre di marzo ed aprile p. p. dalla paziente Bianchi Angela di Pavia proveniente da Carpignano la quale accusava solo un dolore continuo alla spalla sinistra.

Siccome però era a mia cognizione che la medesima era già stata curata nell'anno p. p. nella Clinica dell'egregio prof. Orsi, così allo scopo di completarne la relazione ho creduto bene raccogliere tutto quanto ha preceduto il suo ingresso nella suddetta Clinica, ciò che ivi presentava di patologico, il giudizio diagnostico d'allora ed i mezzi terapeutici adoperati, nozioni che mi pervennero in gran parte per gentilezza del prelodato professore.

La Bianchi da bambina perdeva la madre e ne ignora per qual malattia, e dieci anni or sono le moriva per tifo anche il padre. Ebbe pur morti alcuni fratelli e sorelle in tenera età, ed all'epoca attuale enumera ancora 4 fratelli sani e due sorelle, una delle quali affetta, a suo dire, da lenta malattia di petto. A 14 anni superava una grave febbre tifoide. I mestrui comparsi all'età d'anni undici furon sempre regolari fin a quella di 33 anni circa, tempo in cui nel periodo catameniale essendo accidentalmente caduta da una scala riportando un forte urto alla regione sacrale, si sospesero le purghe per alcuni mesi, per ricomparire dappoi ancora normali, ma colla ricorrenza della leucorrea nel tempo intermedio.

Così passò un anno, quando nel tempo in cui attendeva la normale mestruazione, fu assalita da forti dolori che dal sacro si irradiavano al basso ventre ed agli inguini, ed unitamente s'accorse di copiosa metrorragia. Chiamato in proposito il prof. Scarenzio, questi oltre la metrorragia rilevava nel basso ventre la presenza di un piccolo tumore all'utero del volume d'una noce circa che egli diagnosticò fibroma dell'utero. Epperò curata la metrorragia la consigliò alla cura solvente e ad attendere l'età climaterica, epoca in cui scemandosi di molto l'orgasmo uterino, anche il tumore relativo facilmente si sarebbe potuto avvizzire ed atrofizzarsi come bene spesso si osserva in simili casi. In tale circostanza venne pure sen-

tito il parere dell' egregio dott. De-Cristoforis il quale conveniva nella diagnosi, e propendeva per qualche tentativo chirurgico. Continuò la paziente per varj anni nella cura solvente. Il tumore ciò nullameno andava sempre aumentando accompagnato tratto tratto da dolori ricorrenti e da mestruazione regolare pel tempo, ma eccessiva per la quantità.

La paziente aveva raggiunto l' età di 38 anni quando il chiarissimo prof. Orsi rilevava che il tumore avea raggiuto il volume della testa d' un neonato.

Nel settembre 1873 (anni circa 40) fu di nuovo molestata da forte metrorragia, la quale si ripeteva per ben tre volte in questo mese, e nei successivi due mesi, senza cessare completamente nei giorni di mezzo, scomparendo poi totalmente alla fine di febbraio. Ed il tumore andando sempre più aumentando, ed essendo apparso anche edema agli arti inferiori l' ammalata si decise recarsi nella Clinica medica di quasta Università ove fu accolta il 1.° marzo 1874.

Ivi dietro l' esame praticato dal signor prof. Orsi si notò, che l'addome si presentava come quello di donna gravida al 9° mese, e che il tumore leggermente obliquo a sinistra simulava perfettamente l' utero gestante. Alla palpazione notò che in generale la superficie del tumore era liscia, che in corrispondenza però della linea mediana due dita trasverse sopra l' ombelico esisteva un nodo grosso quanto un melarancio, e che alla metà sinistra del segmento inferiore esistevano altri nodi grossi quanto una noce. Volendosi anche determinare la consistenza, vi si svegliavano dolori qua e là specialmente a destra, e quello si sentiva nè cedevole nè fluttuante ma uniformemente duro. Il tumore sorgendo dal bacino si spingeva in alto sulla linea mediana, sino ad oltrepassare di 4 dita l' ombelico, occupava tutto l' ipocondrio sinistro estendendosi fin sotto l' arco delle coste, ed a destra sul prolungamento della linea emiclavicolare distava due dita dal bordo libero delle coste, e discendendo nella fossa iliaca destra seguiva una linea curva che stava egualmente all'interno due dita trasverse della spina anteriore superiore dell'ileo, per modo che alla misurazione la grande periferia risultava di centimetri 96, il diametro longitudinale (dalla sinfisi pubica alla parte più alta) di centim. 32; e dall'ombellico all'estremo sinistro di centim. 42; dall' ombellico all' estremo destro nello stesso piano di cent. 41.

La percussione confermava i dati forniti dalla palpazione, mentre l' ascoltazione in corrispondenza del segmento inferiore sinistro del tumore faceva sentire un soffio uterino isocrono alla diastole arteriosa.

Gli organi genitali esterni eran normali, la vagina ristretta da non permettere l' introduzione dello speculum, cosparsa d' umore biancastro fetente. Introducendo il dito indice per circa 7 centim. si sentiva un corpo duro costituito dalla cervice uterina a superficie convessa, liscia, alquanto ingrossata, nel centro della quale riscontrato l'orificio uterino vi si introdusse facilmente una sonda uterina senza che si rilevasse diverticolo di sorta. Del resto nulla d' abnorme ad eccezione di prevalente stipsi.

Diagnosi fatta dal prof. Orsi. — Esclusione d' un tumore delle pareti addominali, d' un' ectasia di milza, di fegato, dei reni, di tumori ghiandolari scrofolosi, di tumori dell' intestino, della vescica, della ovaia, di gravidanza, di polipi, di cancro (che esordisce comunemente al collo, e quindi con sintomi speciali) diagnosticò giustamente trattarsi di un *fibroma dell'utero*, e ciò in vista dell'età della paziente (40 anni), del volume straordinario del tumore, del peso che grossolanamente si doveva ritenere considerevole, della forma, e superficie la quale è bernoccoluta in alcune parti quale appunto si osserva nei tumori fibrosi, della consistenza uniforme e quasi cartilaginea, del lento sviluppo, della flessione dell' utero frequentissima a notarsi quando quest'organo è sede di neoproduzione che ne aumenta di molto il volume ed il peso specialmente al corpo ed al fondo, delle ripetute metrorragie, della leucorrea indizio spesso di affezione cronica dell'utero, e per ultimo in vista dei sintomi collaterali quali la stitichezza abituale, e gli edemi manifestatosi agli arti inferiori.

La prognosi fu quindi sfavorevole.

La cura fu costituita da farmaci solventi e ricostituenti.

Col giorno 24 aprile 1874 abbandonava la Clinica medica migliorata alquanto nello stato generale con promessa di continuare egual cura a domicilio.

Quando nel giorno 7 febbraio 1875 chiese ed ottenne di entrare nella mia Sala ove venne collocata nel letto N. 10. Alla prima visita si rilevò che era dell' età d' anni 41, di condizione attendente di casa, alta di statura, di abbastanza buona e robusta fisica costituzione, apiretica, di carattere dolce, di intelligenza non comune. Già da varj anni, come accennavamo, ella portava nel ventre il noto tumore, del volume non minore di quello descritto, di superficie tondeggiante, bernoccoluto, di consistenza se non lapidea, abbastanza consistente nella massima parte, e già giudicato dal prelodato professore *fibroma detl'utero*, pel quale vennero tentati inutilmente varii farmaci.

Ella però ultimamente avea cercato ricorso nello Spedale non

pel detto tumore, pel quale essa stessa riconosceva vana ogni cura, ma per un dolore più o meno continuo che da 4 mesi la tormentava in un senso di peso, che dalla spalla sinistra ove ebbe origine si irradiava al cubito corrispondente e nel quarto mese si diffuse fin al carpo dello stesso lato. Libere si riscontrarono le articolazioni dell'arto dolente, nessuna alterazione appariscente lungo tutto il braccio, nè all' ascella, nè alla spalla, nè alla regione sotto clavicolare, ma tutto in stato normale; ella era sempre apiretica, godeva discreto appetito, bene alimentavasi, normali erano le facoltà mentali. Non rilevando quindi all' ispezione ed al tatto alcun neoplasma o materiale alterazione, e dominando d' altronde in quell' epoca fredda e pioviginosa le affezioni reumatiche, inclinai a ritenerla una *nevralgia* da causa reumatizzante. Nè potevami al momento incutere alcuna apprensione di influenza su questo dolore la presenza del noto tumore al ventre, come che diagnosticato da competentissime persone un fibroma.

Dietro tal giudizio ho insistito a lungo nell' uso del solfato di chinina, spesso unito all' oppio; applicai vescicanti alla spalla dolente; unguento Thirault, olio di belladonna, senapismi.

Così si continuò fin al 24 febbrajo. Nessun vantaggio, e se riscontrossi, fu ben lieve e sfuggevole, che anzi all' insistenza del dolore si aggiunse la progressiva atrofia dell'arto stesso. E siccome da tale andamento, ero indotto a sospettare di grave latente patologica alterazione lungo il decorso del plesso brachiale ed alla sua radice; così, sebbene nulla d'abnorme si palesasse esternamente, credei conveniente tentare internamente il calomelano, coll'estratto d' aconito, alternato col chinino e l' oppio; ed esternamente unzioni mercuriali ed estratto di belladonna. In via poi sintomatica prescrissi injezioni ipodermiche di cloridrato di morfina, dalle quali ne ritraeva pronto vantaggio.

Ai 9 marzo. — Nessun miglioramento. Atropina e morfina internamente.

21 marzo. — Nello stesso stato. Pozione narcotica. Elettricità indotta.

23 detto. — Lieve momentaneo miglioramento.

25. — Senso di peso anche all' arto superiore destro, e sinistro inferiore, con impossibilità quasi completa a muovere li arti stessi; alcune macchie echimotiche agli arti inferiori. Tintura di rabarb. e vescicanti alla nuca.

26, 27, 28, 29. — Dolore e diminuzione di motilità anche all'arto pelvico destro, dolori di ventre, vomito.

Injezioni ipodermiche e joduro di potassio con tintura tebaica internamente.

30. — Senso di peso e di formicolio a tutto il corpo, prostrazione generale di forze, difficoltà al respiro, senso di stringimento e di soffocazione al torace, facile vomito, polsi sfuggevoli. Mistura eccitante. Senapismi.

31. — Morte ore 11 antimeridiane.

Autopsia eseguita nel laboratorio di anatomia patologica dal signor dott. Colombo, assistente del signor prof. Sangalli. — Corpo ben conformato, emaciazione notevole; cute di color giallo pagliarino, varie macchie ipostatiche alla parte posteriore del tronco, e varie increspature al ventre, ove si nota un tumore grosso quanto la testa d' un adulto, di consistenza carnea, che dall' escavazione pelvica si innalza fin sopra l' ombellico.

Capo. — Le ossa del cranio, e la dura madre nulla presentano d' anormale; la pia madre, e la sostanza cerebrale sono molto congeste: in corrispondenza alla parte posteriore dell' emisfero cerebrale destro a livello del centro ovale del Vieussens, si nota un piccolo tumore, grosso quanto un seme di canape, innicchiato nella sostanza grigia, di colore rossigno più sbiadito al centro. Esaminato al microscopio si mostra composto per la maggior parte da cellule giganti ricchissime di nuclei, da cellule grandi granulose di colore giallognolo, da cellule relativamente piccole con nucleo grande, alcune di forma tondeggiante, altre allungate per dei nuclei liberi, e da gocce adipose. Coll' aggiunta dell' acido acetico si resero palesi delle piccolissime fibrille connettive e delle cellule fusate.

Speco vertebrale. — Ingrossamento del midollo spinale corrispondente alla porzione cervicale; e ad un taglio fatto nel solco posteriore del medesimo si è riscontrato in questa parte un tumore di color rossigno, grosso come una noce avellana, di forma ovoidale, innicchiato nella sostanza grigia, tempestato di piccoli punti rossigni. Al microscopio si mostrò simile a quello rinvenuto nell' emisfero destro del cervello, ma le cellule giganti quivi erano più scarse, ed invece abbondavano le cellule dell' aspetto delle linfatiche, ma di esse due e tre volte più grosse; v' era materia granulosa, qualche resto di fibra nervea, di cilinder axis, cellule epiteliali cilindriche ed un finissimo tessuto connettivo fibrillare.

Collo. — Adenoma della glandola tiroidea per cui appare mezza volta più grossa del normale.

Torace. — Poco siero limpido nel pericardio, polmone destro enfisematoso ed alquanto anemico; il sinistro molto congesto ed il suo

lobo inferiore offre dei piccoli nodi, foggiati a cono, rossigni, colla base alla superficie del viscere, grossi poco più di un nocciolo di ciriegia. Al microscopio si mostrano composti da molte cellule che ritraggono dell' epiteliale, da cellule grandi angolose od allungate con grandi nuclei, da cellule fusate e da molti nuclei dei quali anche sono ripieni gli alveoli del parenchima polmonale circostante. All' apice della cavità toracica sinistra si trovò un tumore, del volume d'una piccola melarancia, di superficie biancastra, con striscie rossigne di vasi sanguigni, diviso in molti nodi tondeggianti, di consistenza carnosa, esteso dalla clavicola alla terza costa, comprimente il plesso bracchiale corrispondente e l'apice del polmone omonimo tanto da marcare in esso una notevole infossatura. E quantunque per l'aspetto si allontanasse dalla parte gialliccia del tumore dell'utero (come esporrò in seguito) pure al microscopio si mostrò identicamente costituito. Constava invero da elementi tondeggianti molto grandi, da cellule giganti ricchissime di nuclei aventi forma e grandezza variabile, da nuclei grandi e piccoli liberi, e da poche granulazioni adipose.

Addome. — Stomaco dilatato per materie alimentari in esso contenute; mucosa di color rosso cupo con chiazze rossigne ben circoscritte, in corrispondenza delle quali manca l'epitelio per il catarro cronico da cui la mucosa era affetta; lieve iperemia e catarro nella mucosa intestinale. Fegato e milza normali, cistifellea piena di bile densa, cinque volte più grande della norma. Rene destro-parenchima sano, ma ipertrofico e dilatati i calici, il bacinetto e l' uretere per la compressione avuta dal tumor uterino, pesa grammi 330; mentre il rene sinistro atrofico per la detta maggior compressione pesa grammi 115. Il tumore che ha invaso tutto l'utero, al lato destro del quale è cresciuto, si mostra globoso, di colore biancastro, avviluppato alla sua superficie da numerosi fasci connettivi biancastri lucenti pei quali in alcuni punti contrasse qualche aderenza col mesenterio e colle pareti addominali, ha una consistenza carnea, riempie tutta l' escavazione pelvica, ed innalzandosi nella cavità addominale presenta il volume d'un utero gravido al 9° mese. La mucosa vaginale di color rosso-cupo, spalmata di essudato denso. L'orificio dell'utero dilatato, il collo allungato, la cavità uterina ampia, estesa fin alla sommità del tumore, ove si scorge ancora il primitivo tessuto muscolare dell'utero iperemico ed ingrossato, avente nel suo mezzo un nodo bianchiccio, circolare, del diametro d'un centimetro, lateralmente va a raggiungere gli orificii delle tube falloppiane. La parete anteriore della cavità è molto rammollita, di color giallognolo ; e tale alterazione si estende in alto ed a sinistra, mentre la parte destra che ne forma

due terzi è dura e scrosciante al taglio, di color bianco perlaceo e mostra la primitiva organizzazione del tumore stesso. Infatti esaminando quest' ultima parte al microscopio, la si trova costituita da fibre del tessuto connettivo fortemente stipate, la maggior parte integre; ma mano mano che si procede verso la parte rammollita si nota una degenerazione adiposa sempre crescente delle fibre stesse insieme a maggior elemento cellulare. La parte gialliccia, molle del tumore si mostra composta di elementi tondeggianti, grandi, liberi, piastre a nuclei molteplici d' ogni forma e grandezza, piccoli nuclei liberi, granulazioni adipose, qualche fibro-cellula del primitivo tessuto muscolare dell'utero, ma con nucleo molto ingrandito.

All'apice della cavità uterina v'era un muco torbido, giallognolo composto da una grande quantità di giovani elementi (leucociti) e da una sostanza fondamentale amorfa che scomparve aggiungendo acido acetico, e lasciò apparire distinte numerose cellule grandi con grandi nuclei.

Trombe falloppiane ed ovaia distese. Vescica orinaria dilatata distesa da orina limpida e compressa contro il pube.

Nell' aorta, nelle iliache, nelle femorali si trovarono coaguli di sangue di color rosso cupo, propalanti qua e là macchiette giallognole costituite da una sostanza molliccia che si internava nei coaguli stessi, la quale al microscopio si palesò costituita esclusivamente da cellule giganti molto ricche di piccoli nuclei.

Qui non mi fermerò alle induzioni, che dietro quanto fu riscontrato nel sangue, si ponno fare sulla diatesi sarcomatosa, nè sul trasporto effettuabile dalla corrente sanguigna delle cellule e dei nuclei morbosi da un punto infetto all'altro, nè su altre considerazioni che in via scientifica potrebbero emergere in proposito; ma verrò tosto al caso pratico concreto.

Dai reperti cadaverici sopra notati si trova, a mio avviso, naturale la spiegazione del decorso del male, del suo progressivo sviluppo sintomatologico in relazione all' entità morbosa, e della difficoltà, almeno nei primi giorni, a pronunciare un vero giudizio diagnostico.

Per più giorni e qualche mese tutti i sintomi si limitavano alla spalla ed al braccio, tutto si riduceva al dolore, nessuna alterazione abnorme si è potuto riscontrare sì in questa località, che nei suoi contorni, compresa l'ascella e la regione sotto-clavicolare; il tumore al ventre da distinto clinico professore e da altri valenti medici venne giudicato un fibroma dell' utero, questi ancora all' epoca in cui fu accolta nella mia Sala nessun indizio positivo presentava di degene-

razione maligna ; pel freddo e le pioggie frequenti di simile stagione dominavano i reumatismi, epperò all'appoggio di tutte queste osservazioni, nessuna meraviglia se nei primi momenti la si fosse giudicata una nevralgia da causa reumatizzante. Il tumore sarcomatoso poi rilevato alla sezione tra la clavicola e la terza costa del lato dolente, nel mentre sfuggiva a tutte le ricerche mediche, spiega e il male e la insuperabile sua renittenza a qualunque cura. Infatti era desso, come dissi, d' indole insolubile, e di più per la sua ubicazione comprimeva il plesso bracchiale, il quale costituito da varj nervi cervicali passa sotto la clavicola in un all'arteria ed alla vena per portarsi al cavo ascellare, con che viene a mettere in chiaro anche il momento causale dell'atrofia dell'arto. Quindi sebbene dalla pertinacia del male, e dalla susseguente atrofia dell' arto si fosse sospettato di qualche organica alterazione, pure, finchè i sintomi si limitavano unicamente alla detta località, si congetturava che il solo plesso bracchiale in un punto qualunque profondo e verso l'origine, direttamente od indirettamente dovesse essere morbosamente interessato. Ma quando negli ultimi giorni sopravvennero simili fenomeni anche negli altri arti, poscia al torace, esternai ben tosto il probabile concetto che il midollo spinale stesso dovesse esser leso, ed in considerazione della qualità dei fenomeni, ne limitai fin d'allora la lesione alla porzione cervicale. Nessun sintoma però in tutta la vita diede plausibile indizio di stato morboso del cervello, abbenchè nel lobo destro si sia riscontrato il piccolo sarcoma. Ritengo quindi dall' andamento sintomatico, che il tumore al petto avesse una data molto anteriore sì pel suo volume, che per i reperti ; che i tumoretti del midollo e del cervello fossero di data recente come ne fan anche fede la loro organizzazione e l'appariscenza dei disturbi relativi negli ultimi giorni di vita, e che anche la degenerazione del fibroma dell' utero in sarcoma sia avvenuto ad epoca avanzata.

Pavia, maggio 1875.

Di un caso di aneurisma dell'aorta toracica; *del dott.* STEFANINI *f. f. di primario nell'Ospitale civile di Pavia.*

Nel gennaio del 1874 veniva ricoverato nella sala *V.* di questo ospedale un contadino di Chignolo Po per nome Gorri Agostino,

d'anni 47, il quale non seppe precisare da quanto tempo fosse ammalato, riferendoci solo che da qualche mese aveva perduto la primitiva salute.

Sempre sano per il passato, ci rassicurò pure sul gentilizio. Ricordava solamente d' un' ulcera al glande, incontrata 20 anni sono circa, mentre era militare. Guarì della medesima colla semplice cura locale.

L'individuo si presenta ora d'aspetto robusto, di cute pallida, di discreta nutrizione generale. Ha ambascioso il respiro e costretto perciò a posarsi sopra un piano inclinato. Mostra pulsante l' epigastrio, il torace dilatato; alla percussione la risonanza aumentata; l' ottusità del fegato, incominciante alla 7.ª costa sulla linea mammillare, deborda per due dita trasverse il margine costale.

I limiti dell' area cardiaca non erano facilmente reperibili. Si trovava una diminuzione della sonorità toracica sulla metà sinistra dello sterno, che estendevasi sulla regione sotto clavicolare e precisamente occupando la metà interna di questa, sfumando in basso sopra il limite superiore ordinario del diametro verticale del cuore. Ascoltando, più che palpando, si poteva credere che l'apice del cuore risiedesse nel 5.° spazio intercostale sinistro, un pò all'esterno della linea emiclavicolare e più presso la 6.ª costa. Il margine trasverso del cuore incominciava sulla linea mediana e si perdeva in quella sfumatura di ottusità che vedemmo discendere dalla regione sotto-clavicolare. Applicando il metodo di De-Giovanni per la limitazione del cuore, si trovò da prima la lunghezza del diametro che misura il ventricolo destro, il quale diametro dal 5.° spazio intercostale a destra andava a finire nel punto sopra indicato all'apice e misurava 11,5 cent. E siccome colla percussione fatta a sinistra dello sterno non era possibile circoscrivere la vera aere cardiaca, così, secondo questo metodo, calcolando che il diametro misurato del ventricolo destro incominciava tre centimetri a destra dello sterno, si poteva ritenere che quindi anche la linea che limita la base del cuore forse nel medesimo senso e nella stessa misura più estesa del normale a destra. Per ciò dovevasi ammettere un certo ingrandimento del volume del cuore. Quanto agli altri diametri, facendo le proporzioni che insegna lo stesso De-Giovanni si potevano supporre così: quello del ventricolo sinistro di 9, e altrettanto quello della base. Infatti misurando la distanza del punto ove si trovava l' apice cardiaco dal bordo superiore della terza costa, 2 cent. distante dallo sterno, e la distanza di questo punto da quello ove principiava a destra il diametro del destro ventricolo, si avevano 9 cent. Esisteva dunque oltre a ciò una

ottusità al di sopra della cardiaca, la quale sollevavasi sullo sterno e inclinava a sinistra per indi sperdersi insensibilmente.

All'ascoltazione si rilevava diminuito il rumore respiratorio a sinistra ed in alto; aspro a destra; più o meno aspro in tutti li altri punti del torace; si odono rantoli a piccole bolle sparsi specialmente al terzo inferiore del polmone. Impulso cardiaco un pò aumentato. Toni del cuore sensibili, sì all' apice che alla base, erano alquanto cupi ed accentuato il 2.° sulla polmonale. Polso piccolo, 68 al minuto. Calore 38 centigradi; orine scarse, sedimentose per urati; discreto l'appetito, normali le altre funzioni.

I fenomeni che maggiormente molestano il paziente sono: un senso di stringimento al giugolo, l' affanno del respiro, ed una ostinata tosse abbajante. L'infermo poi si lagna di grave debolezza generale.

Negativo fu l'esame laringoscopico. Durante la sua degenza nella sala si notò come più spiccata si facesse la ottusità sotto la clavicola sinistra, e come quivi e il torace non godesse della sua completa escursibilità. Il paziente intanto soffriva costantemente per gli accessi dispnoici, per il catarro abbondante e per la tosse che vieppiù acquistava il carattere abbajante.

Fra queste circostanze il diagnostico che si faceva era indeterminato. Si teneva pressochè certa la esistenza di qualche prodotto anomalo nel mediastino, di cui specialmente provasse il contatto e forse la compressione del polmone sinistro; si giudicava da ciò sostenuti la ipertrofia del cuore, i disturbi catarrali e gli accessi d'asma, ecc. Ma e come spiegare la tosse abbajante quando negativo fu l' esame laringoscopico?

Il fatto d' essersi riscontrato il detto fenomeno, alcune volte in individui tubercolosi ci fece pensare anche alla probabilità della tubercolosi polmonale e di congenere alterazione nelle ghiandole del mediastino; ma ci parve infondato un tale sospetto, non presentando il paziente altro segno che accennasse alla detta affezione.

Che si trattasse piuttosto di un tumore del mediastino fu l'idea che maggiormente ci padroneggiava non escludendo la possibilità d' un aneurisma dell' aorta.

E della diagnosi potemmo più tardi raccogliere qualche altro segno che consisteva in questo. Si disse che udivansi amendue i toni del cuore all' apice ed alla base. Ora se da quivi si continuava l'ascoltazione ripetendo mentalmente il ritmo dei toni cardiaci e dirigendo l' orecchio sopra la ottusità sotto-clavicolare di sinistra, poteva percepirsi chiaro, per quanto debole e profondo, un rumore di soffio, avente carattere di asprezza, che ripetevasi durante i vari mo-

vimenti respiratori e che coincideva col tocco sistolico. Ci convincevamo di questo, mettendo una mano sul cuore del paziente, mentre si ascoltava nel predetto luogo del torace, tutt'al più si poteva dire che non era perfettamente isocrono coll' urto sistolico che sentiva la mano applicata, ma che immediatamente seguivalo.

Furono fatte delle applicazioni revellenti ed antispasmodiche, ma tutte come bene s' imagina indarno. Una notte il paziente era addormentato e fu desto improvvisamente dal senso di soffocazione vomitando sangue, il quale usciva in tanta copia, che produsse necessariamente la morte per soffocazione.

La necroscopia fatta 30 ore dopo la morte nel Laboratorio d'Anatomia Patologica dell' Università dava il seguente risultato.

Normale il capo, polmoni ingorgati di sangue, bronchi ripieni di sangue con ectasie. Cuore ipertrofico, aorta con dilatazione aneurismatica alla porzione inferiore del suo arco, che era aderente alla colonna vertebrale in corrispondenza della 6.ª, 7.ª e 8.ª vertebra dorsale le quali erano discretamente usurate. L' aorta ateromatosa; il sacco aneurismatico incrostato di piastre d'ateroma; aderenze del sacco aneurismatico coi bronchi nella sua parte inferiore poi il sacco si assottiglia, finchè in corrispondenza del bronco sinistro trovasi esulcerato, formando una apertura del diametro di circa due centimetri comunicante col bronco sinistro. Nulla di rimarco presentarono gli altri visceri.

La descrizione del nostro caso non è gran fatto importante avuto riguardo alla frequenza dell'alterazione; non così, stimo, sia dal lato clinico, volendo prendere in considerazione il fenomeno della tosse abbajante quale sintomo dell' aneurisma.

Questo sintoma veramente, il quale non è proprio del catarro bronchiale cronico, e nemmeno dell'enfisema polmonale, ci sorprese fin dal principio e ci impose non poche indagini sul paziente. Volevamo trovare la ragione sua nella tubercolosi, di cui sino ad un certo punto parlavano altri sintomi generali e locali; ma se la tubercolosi produce la tosse abbajante, gli è perchè vi sono guasti corrispondenti nella glottide. Volevamo riportare la ottusità del mediastino ad una produzione morbosa qualunque, per cui si alterassero i rapporti topografici degli organi ed anche del ricorrente; ma anche in quest' idea, oggi specialmente vuolsi il conforto della ispezione laringoscopica e questa nulla affatto ci ha somministrato. Il fatto dunque è da rilevarsi in questo modo: la *tosse abbajante*, che si manifesta con certe altre sofferenze dell'apparato respiratorio, deve ingenerare il fondato sospetto di aneurisma dell'arco. Ma come si produce que-

sta tosse abbajante? Lo stabilire ciò non entra nel mio compito, che ho voluto circoscrivere invece alla sola narrazione del caso, perchè si vegga almeno il valore empirico dell'indicato fenomeno. Soltanto aggiungerò quello che per la patogenesi dell'aneurisma è utile ricordare, cioè che la lesione delle arterie in un individuo non vecchio, deve essere attribuita molto probabilmente alla infezione celtica, quando per questa parlano i precedenti. Per cui è ragionevole ammettere che nel caso nostro tale appunto sia stata l'origine della alterazione nutritiva delle arterie.

Tre nuovi casi di onichia maligna guariti col nitrato di piombo; *del dott.* PIETRO DONATI.

« Importa ormai grandemente, che niuno dei compassionevoli infermi, tribolati dall'*onichia maligna*, non debba tosto approfittare del grandissimo beneficio di questo sicuro rimedio, e forse non abbia ancora, per somma sventura, a subire le crudeli prove dei tempi passati. Importa assaissimo, ed è anzi un assoluto dovere, che il *nitrato di piombo* sia omai registrato fra gli *obbligati* rimedii delle farmacopee di ogni Stato civile: che si trovi sempre apprestato in tutte le farmacie; e che in ogni opera di chirurgia e di farmacologia sia proclamato come il sovrano ed unico rimedio, richiesto nella cura di questo male. »

Con queste solenni parole il prof. Vanzetti chiudeva, quattro anni or sono, la splendida sua Memoria sull'onichia maligna (1), nella quale non si saprebbe se sieno più degni d'ammirazione il pregio scientifico e l'intrinseco valore, oppure lo stile forbitissimo e il grande amore e il gran cuore che l'illustre autore ci ha messo. Certo quella classica monografia stampata a parte in elegante e vistosa edizione, non ha potuto correre, come sarebbe stato desiderabile, per le mani di tutti; però i giornali medici ne hanno parlato quanto bastava per far conoscere l'eccellenza del rimedio e per invogliare i chirurgi a tentarlo.

Gli *Annali* riportarono un esteso sunto della Memoria del pro-

(1) « Intorno all'onichia maligna e al modo di curarla. » Venezia, 1872.

fessore patavino poco dopo la sua pubblicazione (luglio 1872); e successivamente (febbrajo 1874) fecero cenno d'un caso di guarigione di onichia maligna ottenuta dal dott. Bouqué. La *Rivista di Med. di Chir. e di Ter.*, riportò ancor nel 1872 altri 10 casi di guarigione; e 6 ne raccolse dai suoi allievi il prof. Vanzetti, che comunicò alla *Gazzetta Medica di Padova* nel 1874. Altre due osservazioni del dott. Boschieri ed una del dott. Zanoni, risguardante una bambina nel primo mese di vita, videro la luce nella stessa *Gazzetta.*

Eppure, ad onta di queste reiterate pubblicazioni, non pare che la scoperta del prezioso rimedio sia stata ancora abbastanza avvertita, nè che abbia avuto quella pubblicità che usurpano tuttodì nei giornali medici e non medici cento nuovi farmaci d'efficacia tutt'altro che provata. Di ciò mi persuade il fatto che, nel corso di quest'ultimo anno, mi sono occorsi tre casi di onichia maligna, che erano già stati curati e maltrattati a lungo da medici e da donnicciuole e che ebbi la somma compiacenza di poter guarire in breve ora e colla massima facilità. I due primi m'era limitato a comunicarli privatamente al prof. Vanzetti; dopo il terzo, occorsomi di recente, reputo dover mio notificare circostanziatamente anche queste tre guarigioni, per richiamare ancor una volta l'attenzione dei chirurgi sul nuovo sovrano rimedio dell'onichia maligna.

Oss. 1.ª — Zancarella Emma, d'anni 6, di Vigo nell'Anaunia, figlia di contadini, fin da bambina piuttosto malaticcia, soffrì di eruzioni pustolose, di adeniti; presenta tuttora (il 15 luglio 1874) le glandole sottomascellari ingrossate e un abito scrofoloso.

Due anni fa esordì spontaneo il male all'estremità del dito medio della mano sinistra e poco tempo dopo cominciò l'ulcerazione intorno e sotto l'unghia, quale si vede attualmente.

La falange malata si presenta notevolmente ingrossata, in forma globosa, di color rosso-cupo; il letto ungueale ulcerato; l'ulcera a fondo grigio-sporco, coperta da marcia saniosa e fetente, a margini acuti, lardacei; l'unghia corta, grigio-sporca, macerata e come consunta non andò mai perduta per intiero, sebbene sia tutta sollevata e vacillante; il dito molto dolente ed irritabile; la ragazzina spaventata pei ripetuti tentativi d'estrazione dell'unghia fatti precedentemente.

Riconosciuto trattarsi di onichia maligna, recisi l'unghia rasente la piega retro-ungueale, e, messo così a nudo tutto l'ulcere, lo cospersi abbondantemente di polvere di nitrato di piombo. La ragazzina ne provò vivi dolori per quattro ore circa, scorse le quali i do-

lori cessarono di colpo e con essi l' irritabilità del dito, che andò gradatamente perdendo la sua forma globosa; nè l'ulcera più ricomparve. — Due mesi dopo al luogo dell'ulcera si scorgeva ancora una piccola crosta grigiastra, aderente alla base dell' unghia, che cominciava a rinnovarsi; il dito notevolmente detumefatto ed indolente.

Rividdi la ragazzina un anno dopo la prima applicazione del nitrato. La falange già ammalata, paragonata con quella corrispondente dell'altra mano, presentavasi un pò più grossetta e leggiermente arrossata, del resto affatto indolente; l'unghia era ben cresciuta, regolare, convessa, solo alcun poco sollevata dal letto alla sua estremità.

Oss. 2.ª — Stefani Teresa, d'anni 2, di Sporminore nell'Anaunia, figlia di contadini, di sana costituzione e senza indizj di scrofola, mi fu condotta dinnanzi il 5 luglio 1874.

La madre mi raccontò che nel marzo p. p., senza causa avvertita avea incominciato a tumefarsi, e nell'aprile ad esulcerarsi, l'estremità del dito medio della mano destra.

Infatti il letto ungueale della rispettiva falange si presentava convertito in un ulcere fetente, sanioso, facilmente sanguinante, a bordi rialzati, tagliati a picco; l' unghia sottile e corta, brunastra, mobilissima, cresce con rapidità senza mai cadere; l' estremità del dito ingrossata a clava, livida, molto dolente.

Recisa l' unghia fino alla base, applicai quello stesso giorno il nitrato di piombo. Dolori vivissimi per un' ora circa; indi calma completa e pronto miglioramento. Distacco dell' escara al settimo giorno. Tredici giorni dopo la prima applicazione l'ulcera appariva molto diminuita in dimensioni, il dito detumefatto, l'unghia di nuovo cresciuta. La recisi di nuovo e ripetei l' applicazione della polvere, che riuscì molto meno dolorosa della prima volta.

Rividdi la ragazzina il 26 settembre. Il dito era indolente e detumefatto per intiero; ogni traccia di ulcere scomparsa; al suo posto una crostina grigia ancor aderente.

Seppi poco fa, che la ragazzina non ebbe più a soffrire il minimo incomodo; ma non mi fu dato di rivederla e di poter controllare lo stato dell'unghia.

Oss. 3.ª — Gabloner Anna, d'anni 3 1[2, di Caldaro, figlia d'un oste, d'aspetto sano e robusto, mi fu condotta il 21 maggio 1875.

Seppi dalla zia, che l'accompagnava, che 18 mesi innanzi la bam-

bina s'era punta all'estremità del dito mignolo della mano destra (1) con una scheggia di legno, rimasta forse in parte confitta nelle carni. Il dito s'era prima gonfiato, indi esulcerato nella forma attuale. I medici aveano ritenuto e curato il male come scrofoloso. Un anno prima le era stata strappata l'unghia, e dopo d'allora il male avea peggiorato. L'ultimo fra i varii medici consultati avea proposta l'amputazione del dito malato, alla quale i genitori non aveano voluto accondiscendere. I dolori erano stati molto vivi al principio, meno in seguito ; ora, da parecchie notti, aveano ripigliato colla primiera intensità.

La falange malata è ingrossata a clava, di circa il triplo del naturale ; di color rosso-cupo ; il letto ungueale ed i suoi contorni convertiti in un ulcere fetentissimo (il fetore si era fatto sempre più marcato col progredir del male), a fondo grigio-sporco, a margini tagliati a picco, estendentesi specialmente verso il lato radiale, sanguinante con estrema facilità ; l'unghia corta, nerastra, corrosa, sollevata per modo da formare quasi un angolo retto col proprio letto. Il rossore e la gonfiezza del dito si estendono a tutta la seconda falange ; lo stesso dicasi del dolore al minimo tocco.

Reciso il moncone dell' unghia, come al solito, applicai quello stesso giorno la polvere di nitrato di piombo, mantenendolo momentaneamente in sito con una pezzuola di lino. La recisione dell'unghia cagionò qualche gemizio di sangue, che s' arrestò spontaneamente. La piccola paziente accusò dolori vivi per circa due ore, inquietudine per altre tre ; indi sonno tranquillo per tutta la notte. La mattina seguente era vispa e gaja ; si lasciò levar la pezzuola ed ispezionare il dito con minor trepidazione del giorno precedente. La falange si presentava già alcun poco detumefatta, *dopo sole 26 ore* ; all'ulcere aderiva la solita crosta grigiastra ancor umida, sopra la quale gettai un altro pò di nitrato, dovendo la ragazzina tornarsene a casa.

(1) Il prof. Vanzetti nella citata Memoria pag. 25, rilevando che non tutte le dita delle mani e dei piedi sono egualmente soggette all'onichia maligna, soggiunge : « alla mano s'incontra su tutte le dita, toltone forse il mignolo. » Infatti, dallo specchio delle 17 osservazioni pubblicate dal 1823-1862, come pure delle 12 osservazioni proprie del prof. Vanzetti e che formano l'argomento della sua Memoria, non appare che il dito mignolo sia mai stato colpito dall'onichia maligna ; e lo stesso risulterebbe, se la memoria non m'inganna, dalle 20 osservazioni venute posteriormente a mia cognizione.

Mi fu ricondotta dalla zia, tutta festosa, il 4 giugno successivo. Il dito era detumefatto notevolmente, ridotto quasi alla naturale grossezza, poco arrossato all' estremità, indolente in modo da poter esser palpato e compresso senza il menomo dolore. Il letto ungueale era coperto da una crosta grigia secca, che staccata con facilità, lasciò scorgere al luogo dell'ulcere sordido una piccolissima piaga di buona indole, i margini dell'ulcero appianati, e cicatrizzati. L'unghia era cresciuta in forma d'un moncone grigiastro, ancor sollevato e mobile.

La recisi fino alla base senza aver sangue, nettai il letto e riapplicai un sottile strato di nitrato di piombo; il tutto senza causare il minimo dolore.

Il 5 luglio il padre della ragazzina mi scriveva: « Il dito della mia piccola Anna è ora perfettamente guarito; anche l'unghia si è già per metà rinnovata. ».

Queste tre osservazioni non hanno bisogno di commenti. Aggiunte alle 20 pubblicate nei periodici, di cui ho fatto cenno in principio, ed alle 12 originali del prof. Vanzetti, danno già un complesso di 35 guarigioni, che non saranno per avventura le sole fin qui ottenute, ma che basterebbero anche da sole a provare ad esuberanza la virtù meravigliosa del nuovo rimedio.

Quanto sia il valore del medesimo, quanta la gratitudine che dobbiamo al dott. De Moerloose, che primo lo preconizzò nel 1864, ed al prof. Vanzetti, che colla sua classica pubblicazione ne divulgò la conoscenza, non può ben sentirlo se non chi ebbe già ad imbattersi in questa, per fortuna, abbastanza rara infermità. Ed io stesso non saprei meglio esprimere i sentimenti che m'invasero l'animo al curarla, nè chiudere con più degne parole questi brevi cenni che servendomi ancor una volta di quelle nobilissime dell'esimio professor patavino:

« Il trovarmi già in possesso d'un rimedio, per la cui misteriosa virtù, al solo vedermisi presentare quei singoli malati, io li sapeva in pochi giorni certamente guariti; — il poter tosto porgere a ciascheduno di essi vere parole di conforto; — l'essere in grado di annunziare loro all'istante una sicura, facile e pronta guarigione, senza ch'io provassi l'interno rimorso di una mentita od almen dubbia promessa; — l' assistere al meraviglioso spettacolo dell' operarsi quasi istantanea la guarigione, per aver posto soltanto una volta quel

rimedio a contatto della parte dal diuturno male disnaturata, corrosa, guasta, sfigurata, schifosa e dolorosisssima; ..... tutto ciò fu per me tale un fatto, tale un insolito avvenimento nella pratica dell'arte già per tanti anni da me professata, da scorgere in esso fatto accresciuta la nobiltà dell'arte medesima ed estesi i limiti del suo salutare dominio, e da sentire in me aumentata la fiducia nella potenza dei farmachi, non che confortata e sorretta la speranza, fino ad ora pur sempre delusa, che l'arte salutare, come giunse ormai a trovare il vero rimedio dell'*onichia maligna*, possa pure un giorno scoprire anche il rimedio a quei mali cancherosi od altri, che tuttora inesorabili troncano tante vite prima del tempo dalla natura assegnato. »

Mezzolombardo (nel Trentino), Agosto 1875.

Puntura capillare della vescica con esito felice;

del dott. EDOARDO BASSINI *assistente alla clinica operativa presso la R. Università di Pavia.*

Le innovazioni dell' arte nostra non hanno diritto ad un posto nella scienza, ed alla diffusione nella pratica dell'arte, se non quando ebbero la sanzione dell' esperienza.

Sotto questa legge cadde e trovasi tuttora in attesa di giudizio l'operazione proposta pel primo nel 1869 da Dieulafoy, ed eseguita la prima volta l' anno appresso da Labbé, voglio dire, la puntura capillare della vescica quale mezzo operativo per svuotare artificialmente il ricettacolo dell' orina in caso d' iscuria invincibile colla siringazione (1).

Già buon numero di fatti di simil genere fa ora parte del patrimonio della chirurgia, e Watelet (2) e Dieulafoy (3) riferiscono i

(1) « Bull. Gén. de Thérap. » 15 novembre 1869.

(2) Watelet. « De la ponction de la vessie a l'aide du trocart capillaire e de l' aspiration pneumatique. » Paris 1871.

(3) Dieulafoy. « Traité de l'aspiration des liquides morbides. » Paris 1873, pag. 114 e seg.

casi operati da Labbé, Guyon, Dieulafoy, La Bèle, Lannelongue, Hiette, Little, Cluzeau, Cusco, Ziembicki, Jessop, Houze, Thompson, e Gailleston e Molliere accennano pure di avere praticata tale operazione (1).

Tra di noi vi si appigliava il prof. Scarenzio (2), nè consta che altri in Italia lo abbiano imitato.

E ciò fa meraviglia, dacchè dai casi pubblicati risulta senza alcun dubbio come la puntura in discorso sia stata con perfettta innocenza ripetuta fino a più di 30 volte sul medesimo soggetto, non solo col vantaggio momentaneo di togliere senz' ulteriori incomodi i pazienti agli spasimi della ritenzione di orina, ma ben anco con quella incalcolabile di dar tempo alle forze medicatrici della natura, ed all'arte intervenuta coi suoi mezzi terapeutici, onde ridurre gli organi ammalati in grado di riprendere le sospese loro funzioni.

Egli è appunto onde aggiungere un nuovo fatto in conferma di quanto già si opina sulla paracentesi capillare della vescica, ed onde contribuire a renderla accetta, e d'un uso generale nelle circostanze in cui è indicata la puntura della vescica, ch'io mi decisi a pubblicare il seguente caso.

Lombardi Paolo, d'anni 61, fattore, da Belgioioso, è uomo di forme colossali, di costituzione sanissima, fino a 59 anni non ebbe a soffrire che leggieri affezioni senza rapporto alcuno coll'attuale; non ammalò mai d' affezione venerea o sifilitica.

Due anni fa, sul principio del 1873 cominciò a soffrire leggieri disturbi nel mingere accompagnati da senso di peso e dolentatura al fondo del bacino, al perineo, e lungo la verga, disturbi che s'esacerbavano dietro abuso di lavoro o disordine dietetico.

Si è appunto in seguito a tali cause che un anno fa ebbe tale esacerbazione che lo costrinse a riparare all'ospitale, sì per l'iscuria che pel dolore acuto al fondo del bacino ed al perineo.

Accolto nell'ospitale fu collocato in un comparto medico, ove venne curato dell'iscuria colla siringazione, e dell'infiammazione della prostata e collo della vescica, che tale era stata giudicata l' affezione, con due applicazioni di mignatte al perineo e col semicupio ripetuto tutti i giorni.

L' ammalato sotto tale trattamento in capo a 15 giorni era com-

(1) « Lyon Médicale. » 1875, N. 8.

(2) « Gazz. Medica Ital. Lombardia. » 1873, N. 1 e « Commentari di Med. e Chirurgia. » Novembre e dicembre 1874.

pletamente liberato della parte acuta dell'affezione, rimase però, come egli ebbe a suo malincuore a rilevare, con un legger aumento permanente dei disturbi dapprima sofferti, e con una proclività e facilità maggiore ad ammalare d'attacchi leggieri di prostatite e cistite acuta del collo.

Nel marzo 1875 in seguito a disordine dietetico fu di nuovo preso da iscuria completa e da tutti i sintomi subbiettivi della acuta prostatite e cistite del collo.

Per l' urgenza della circostanza fece chiamare il chirurgo, il quale dopo mezz' ora e più di tentativi di siringazione non potendo riuscire a penetrare in vescica inviò il paziente all'ospitale S. M. di Pavia.

Quivi accolto il 10 marzo 1875 si tentò invano la siringazione dapprima dal medico accettatore, poscia dal primario della divisione chirurgica ove fu collocato il paziente, infine da me a sera inoltrata dopo che avevo fatto trasportare il paziente in Clinica operativa.

Essendomi fallita la siringazione, non trovando la stringente necessità d' evacuare altrimenti la vescica essendo questa non all'estremo distesa, mi limitai per allora a procurare qualche ora di quiete al paziente coll'injezione ipodermica di un centigrammo e mezzo di cloridrato di morfina, lasciando al professore e direttore della Clinica la decisione di quanto si dovesse il giorno appresso intraprendere.

Ecco ora come si presentava il paziente alla visita del mattino seguente 11 marzo ore 11 antimeridiane.

Da 30 ore non può emettere le urine, e da 4 a 5 trovasi in preda a vivissimi dolori all' ipogastrio, al perineo, lungo la verga che gli strappano di tanto in tanto lamenti; ha fisonomia rossa accesa, agitata, respiro prevalentemente toracico, ansante, ventre dolente e tumido alla regione ipogastrica, ove alla palpazione si rileva un tumore tondeggiante che sale 4 dita trasverse sopra il pube, della grossezza e forma della testa d'un fanciullo, a superficie liscia, teso, elastico, muto alla percussione e dolentissimo alla pressione; esaminato il paziente della parte dell' intestino retto appena si riesce da quivi a raggiungere e toccare coll'apice dell'indice il contorno della prostata ed il fondo della vescica distesa: da 8 a 10 ore perde l'orina a goccie, iscuria paradossa. Temperatura ascellare 39°.8 ; polso a 100.

Dalla storia dell' affezione, dai sintomi subiettivi ed obiettivi era facile concludere trattarsi d'iscuria da ipertrofia del lobo medio della

prostata, complicata ad un attacco infiammatorio acutissimo della prostata e collo della vescica, che pel gonfiore indotto rese assolutamente impervia la prima porzione dell' uretra.

Tentavasi di nuovo evacuare la vescica colla siringazione, ma dopo mezz' ora d'infruttuosi tentativi dovette desistere.

Non trovando ancora l' urgentissima necessità d' evacuare altrimenti l'orina, ordinò la cura della prostatite e cistite del collo: una generosa sottrazione sanguigna locale al perineo (12 mignatte) ed il bagno.

Il paziente non ebbe alcun sollievo da questi mezzi terapeutici, che anzi la vescica continuamente distendendosi erasi alla sera innalzata fino alla regione ombelicale; l'ammalato preso da grande agitazione ed ansia, affranto dai vivissimi e continui spasimi della vescica, giaceva in tale stato che era oramai divenuto indispensabile, d'evacuare senza dilazione le orine, onde evitare i gravi pericoli per la vita del paziente, che una maggior dilazione avrebbe potuto provocare.

Estratto il trequarti esploratore dalla busta, senz'aggiunta d'altro ordigno e senza muovere il paziente della posizione supina in cui si trovava, penetrai con quel piccolo istrumento appena sopra il pube, dapprima in direzione orizzontale, per rapporto all'asse verticale del corpo, e poi obliqua in basso ed in dietro per 6 o 7 cent.; estratto il punteruolo zampillò l' orina che, non calcolando la parte perduta, terminata l' operazione misurò 1400 grammi.

Estratta la cannuccia medicai la ferita per prima intenzione coprendola con un quadratello di cerotto.

L'ammalato passò la notte assai tranquillo ed al mattino era in vero riavuto dal tanto abbattimento in cui giaceva la sera avanti; la temperatura ascellare era discesa a 38°.2, polso a 90; continuando il trattamento antiflogistico a cura dell'affezione infiammatoria della prostata e collo della vescica, trovai conveniente di ripetere un'applicazione di mignatte al perineo ed il bagno. Questi mezzi terapeutici non furono senz' effetto, che il paziente nel bagno stesso potè emettere da solo un 200 grammi d' orina, ed alla sera, sebbene con qualche difficoltà, potè evacuare 400 grammi d' orina normale; la temperatura ascellare era alla sera discesa a 37° ed il polso a 64.

Da quest'epoca, riducendo la cura al solo semicupio ripetuto tutti i giorni, non solo potè sempre più facilmente emettere le orine da sè, ma ben anco in 15 giorni essere in grado d'abbandonare la Cli-

nica essendo ridotto allo stesso stato ch'egli era avanti l'insorgenza di quell' esacerbazione.

La storia di questo caso parmi dimostrare essa pure ad evidenza che l' operazione, innocente e quasi affatto indolente, della puntura capillare della vescica eseguita senza l'aiuto della aspirazione, valse non solo a liberare tosto il paziente dai dolori atrocissimi e dai pericoli gravi della soverchia distensione della vescica, ma ben anche ad acquistare un tempo utilissimo nel quale l'affezione infiammatoria della prostata e collo della vescica, causa in tal caso efficacissima dell'iscuria invincibile colla siringazione, debitamente curata, andò a risoluzione e rese così possibile al paziente l'emissione naturale delle orine.

Se il paziente non fosse stato così fortunato da poter già dopo 16 ore dalla puntura emettere le orine spontaneamente, ritornando la vescica ad essere distesa, senza attendere ch'essa avesse raggiunto grande volume e senza lasciar soffrire di nuovo ed a lungo il paziente, sarei passato ad una 2.ª 3.ª, ecc., puntura; onde col mezzo di questa felice scappatoja, tanto conforme allo scopo, tener vuota la vescica ed acquistare il tempo per curare e condurre a risoluzione la malattia, che diede luogo all' iscuria.

RIVISTA OTTALMOLOGICA

del dottor GIULIO FLARER

Förster — *Sulla nozione clinica della coroidite sifilitica.*
Brecht — *Della peritomia corneale.*
Schnabel — *Sopra la dottrina delle cause della miopia.*
Alexander — *Caso d'aracnite e trasporto di un essudato dal cervello nel bulbo.*
De Vecker — *Arretramento muscolare traumatico; avvanzamento per mezzo del doppio filo; guarigione.*
Schmidt — *Teoria del glaucoma.*
Schiess-Gemuseus — *Contribuzione alla terapia della miopia.*
Pooley — *Ferita della sclerotica curata a mezzo della sutura.*
Jeffries — *Due casi di zona ottalmico seguiti dalla perdita dell'occhio.*
Thompson — *Istromento per la diagnosi dello stato di refrazione.*
— *Istromento pel tatuaggio della cornea.*
Knapp — *Istromenti nuovi.*
Stevens — *Corpi splendenti nella retina.*
Castorani — *Sull'estrazione lineare esterna semplice e combinata della cataratta.*
Magnus — *Metodica cura dell' astenopia accomodativa a mezzo del calabar.*
Zehender — *Embolia od emorragia dell' arteria centrale della retina nell'interno del nervo ottico?*
Magnus — *Delle emorragie del nervo ottico.*
Berlin — *Operazione dell'entropion.*
Horner — *Cura disinfettante di alcune malattie corneali.*
Knapp — *Estirpazione di un tumore del nervo ottico risparmiando il bulbo.*
Stilling — *Dello spasmo tipico dell'accomodazione.*
Smith — *Cura del gozzo esoftalmico colla belladonna.*
Roustan — *Cura mediante la luce delle malattie oculari.*
Bartholow — *Cura del* tic douloureux *colle injezioni di cloroformio ed il ghiaccio.*
Grand — *Note sulla pupilla in* forma di serratura.

Sulla nozione clinica della coroidite sifilitica; del professor FÖRSTER. (*Gräfe's Archiv f. Ophthal, XX jahrg. abth* 1 pag. 23).

Sintomi obiettivi. — Le alterazioni riconoscibili all'ottalmoscopio in questa malattia, sono leggerissime e si limitano spesso, ad un sottile in-

torbidamento grigio della parte centrale della retina. A seconda, dell'Autore però nella pluralità dei casi, vi esisterebbe altresì un'intorbidamento del vitreo a guisa di sottilissima polvere, il qual sintomo sarebbe dei primi ad apparire. Le molecole polverulente occuperebbero specialmente la parte interna centrale ed inferiore del vitreo, rimanendo libere la parte superiore e le laterali. Ad illuminazione molto intensa ed a pupilla ristretta, spesso non sarebbe dato di riscontrarle, all'incontro si farebbero manifeste a pupilla dilatata ed a rischiaramento debole. Questi piccoli polviscoli, si riscontrano nelle citate regioni del vitreo sparsi equabilmente, bene spesso però si dispongono in linee paralelle l' una accanto all'altra e nei movimenti dell'occhio, si fanno fiottanti come corpi membraniformi. In alcuni rari casi le opacità del vitreo si fanno talmente dense, da potersi rilevare al primo sguardo e da coprire in totalità la papilla ed i vasi retinici. L' Autore potè constatare in alcuni casi una variazione di trasparenza del corpo vitreo, dal più sottile intorbidamento a guisa di pulviscolo, fino alla più densa opacità, da impedire la vista della papilla e ciò nello spazio di poche settimane. Più di sovente si ha l'opportunità di vedere il graduale rischaramento del corpo vitreo. I motivi che malgrado l' impossibilità di discernere il fondo dell' occhio, ci obbligano ad ammettere una coroidite sifilitica, emergono da quanto segue. La concomitanza degli altri sintomi giustifica la diagnosi, anche quando la papilla dell' ottico rimane invisibile per l' intorbidamento del vitreo.

Il sintomo dell'intorbidamento del vitreo, oltre all' essere costante è anche restio a scomparire, rimanendo quasi sempre residui di intorbidamento anche dopo cessato il processo e tale opacità avente sede nel mezzo del corpo vitreo, vela leggermente la papilla ed i vasi retinici, sebbene l'Autore non voglia escludere, che anche la retina bene spesso presenti un'intorbidamento bigio, specialmente nella sua parte mediana.

I bordi della papilla appajono spesso indeterminati, specialmente nella parte mediana, il che dipende dalla tinta più rossa, che presenta la papilla, per cui diminuisce il contrasto fra il color rosso della coroidea e quello della papilla stessa; in secondo luogo da un leggier velamento di queste due leggieri gradazioni di colore, tanto per l'intorbidamento retinico, che per quello del vitreo. L' esame a debole rischiaramento, permette bene spesso di discernere ancora abbastanza nettamente queste linee di confine, nel mentre che ad illuminazione completa non si possono più distinguere.

Le alterazioni nei vasi retinici sono generalmente tenute come di poco rilievo. L' unico fatto rimarchevole a questo riguardo si è, che le arterie e le vene, come la parte mediana della retina, sono ricoperti da una sottilissima tinta grigiastra. Ben più frequentemente si osservano invece macchie circoscritte di color rosso vivo od anche bianche, principalmente nella regione della macula lutea. Quasi sempre in questi casi, avvi interruzione nel campo visuale. Le dette alterazioni sembrano avere

la loro sede principale nella coroidea, o per lo meno lo strato pigmentale di essa si mostra costantemente alterato in corrispondenza alle macchie; come pure gli strati più profondi della retina, partecipano dell'alterazione. Anche nei casi però in cui le macchie bianche sono più rilevanti, queste non si possono riconoscere, se non dopo che il vitreo sia divenuto trasparente. L'Autore ebbe ad osservare solo in casi molto rari, stravasi sanguigni nella regione della macula lutea.

Sintomi subiettivi. — L'acutezza visiva nelle forme leggiere discende a 3|4 o 1|2; e spesso senza che le alterazioni visibili all'ottalmoscopio siano molto rilevanti, discende anche a 1|10 o 1|100. Questa disarmonia fra la funzione ed i reperti ottalmoscopici, dipende da zone meno percipienti, che si riscontrano nel centro del campo visivo. Queste zone meno percipienti hanno la particolarità, che precisamente nel punto di fissazione conservano ancora una percezione più o meno distinta, la quale aumenta a forte illuminazione e diminuisce invece sensibilmente nella condizione opposta. Ordinariamente si riscontra una estesa zona centrale non percipiente, nel mentre che le parti periferiche del campo visivo, funzionano ancora e nell'ulteriore decorso della malattia, alla zona centrale si attaccano dei prolungamenti, che raggiungono la periferia del campo visuale, formandosi cosi il cosi detto *visus reticulatus*.

Un'altro sintoma quasi sempre costante, è la diminuita sensibilità della retina alla luce poco intensa, il sintoma dell'emeralopia. Se amendue gli occhi si trovano affetti, in tal caso gli ammalati non sono capaci di orientarsi all'oscuro, ed alloraquando un'occhio solo trovasi affetto, in allora più evidente per l'ammalato si presenta l' emeralopia facendoglisi fare esperimenti fra la vista dell'occhio sano e di quello ammalato in locali oscuri.

Altro sintoma pure assai frequente in questa malattia, si è la comparsa di fenomeni luminosi subiettivi, di macchie trasparenti, di dischi od anelli o figure ovali, che si muovono tremolanti assai velocemente in diverse direzioni. Queste fotopsie scompajono sotto una conveniente cura ed allorchè gli ammalati rimangono per alcune settimane all'oscuro. Ricompajono però in seguito all' eccitazione dell' azione cardiaca, per cui sono ritenuti dipendenti da disturbi circolatori nella coroidea o nella retina, anzichè da irritazione degli elementi nervosi.

Per lo più alloraquando un occhio solo trovasi affetto avvi anche la *micropsia*; si danno però dei casi, in cui un tale fenomeno venne osservato anche nell'affezione binoculare, associato anche alla metamorfopsia.

Per ultimo anche il potere accomodativo in questa malattia trovasi affievolito e l'Autore, sebbene non possa ammettere positivamente un cambiamento nell'occhio dal lato della refrazione, pure in qualche caso ebbe ad osservare lo sviluppo di un leggier grado di miopia in seguito all'affezione in discorso.

La malattia bene spesso si complica coll'iritide; ed appunto da questa

circostanza l'Autore prende le mosse per risolvere la questione se la sede principale del processo risieda nella coroidea piuttostochè nella retina; e come primo argomento per sostenere la sua tesi, che cioè nella coroidea sia da ricercarsi la sede della malattia, accenna al nesso che bene spesso esiste coll'iritide. Per la totale separazione del sistema vascolare della retina dalle altre membrane, non si può ammettere un passaggio dell'infiammazione della retina all'iride e viceversa. Come ulteriori argomenti poi, fa rilevare il sintoma dell' emeralopia, il quale manca assolutamente nelle malattie dell'ottico e degli strati esterni della retina; l'intorbidamento del vitreo, il quale non manca quasi mai nelle infiammazioni coroideali, al contrario di quanto avviene per la retinite; la diminuzione della potenza accomodativa, che suole avvenire nelle affezioni coroideali e non mai in quelle della retina.

Per ultimo le alterazioni che nei casi di lunga durata e di infausto decorso della malattia, si rilevano nella retina e nella coroidea e che non si possono attribuire che ad una coroidite. In quanto al decorso della malattia è rimarchevole la tendenza alle recidive, nel rimanente suole cedere in seguito a congruo trattamento, quantunque una completa *restitutio ad integrum* sia piuttosto rara essendo più frequente il caso di una diminuzione più o meno forte della acutezza visiva. In alcuni casi rimane per esito della malattia il *visus reticulatus*. Secondo l'Autore per la cura il rimedio sovrano si è il mercurio, mantenendo l'ammalato in locali molto oscuri almeno per 4 settimane. I migliori risultati si ottennero dall'uso del mercurio sotto forma di frizioni coll'unguento cinereo; sebbene anche le iniezioni sottocutanee di mercurio biclor. corros, abbiano prodotti effetti più pronti, coll'inconveniente però, delle frequenti recidive. La quantità di unguento adoperato nella giornata era da 1 a 3 grammi, il più delle volte 2 gr. L' Autore asserisce che gli ammalati nei quali si sviluppi la stomatite mercuriale, in grado piuttosto forte, si possono ritenere immuni da recidive. Lo stesso ritiene la stomatite non sia come fenomeno critico, ma bensì come un segno che il corpo abbia preso sufficiente quantità di mercurio. Oltre alle frizioni, l'Autore adopera i bagni caldi, le sottrazioni sanguigne colla sanguissuga artificiale ed i vescicanti alla nuca, come coadiuvanti la cura.

Della peritomia corneale; del dott. Brecht. (*Gräfe's Archiv. XX, jahrg. abth* 1).

L' Autore riporta i casi in cui secondo i precetti di Gräfe è indicata la peritomia corneale, che sono i seguenti:

1° Nel panno tracomatoso, allorchè sono scomparse le granulazioni e la congiuntiva è pressochè normale, nel mentre la cheratite panniforme non mostra tendenze a retrocedere, essendo i vasi già di troppo organizzati.

2° Nella cheratite diffusa, allorchè l'opacità è troppo compatta ed il rischiaramento alla periferia, si fa di troppo attendere.

3° Nelle cicatrici corneali sclerosate, in seguito alle scleriti e sclero-coroiditi anteriori.

L' Autore a queste indicazioni, ne aggiunge delle altre, che sono frutto di molte esperienze da lui instituite in proposito. Tali sono quei casi di infiltrazioni multiple della cornea (nei ragazzi scrofolosi), che per le loro frequenti recidive sono la disperazione del medico e dell'ammalato, semprecchè tali infiltrazioni mostrino in qualche punto dei vasi. Inoltre quelle cheratiti circoscritte acute, molto ostinate e che per la lunga loro durata fanno temere la formazione di opacità solide, anche quì purchè siavi pronunciata vascolarizzazione e superficiale· In appoggio delle sue proposte l'Autore riporta sei casi di cheratiti di diverse forme, le quali vennero trattáte con vantaggio colla sovranominata operazione.

Sopra la dottrina delle cause della miopia; del dott. I. Schnabel. (*Gráfés Archiv. XX Jahrg. Abth.* 2 pag. 1).

Era convinzione antica fra gli oculisti, che la miopia il più delle volte si manifesti durante il periodo di sviluppo del corpo e che dessa sia potentemente influenzata dal modo di applicazione dell' occhio. Gli autori però, che si occuparono di questo argomento, si trovano affatto discordi sul come si eserciti l' influsso di questi fattori e sulla estensione della loro efficacia. Una parte di quelli è del parere che per lo sviluppo della miopia si richieda una innata disposizione al distendimento della sclerotica e che l'abuso della vista influisca sullo sviluppo dello stafiloma postico allora soltanto che vi sia la detta disposizione; altri invece non ammettono la necessità di una innata disposizione alla miopia e per conseguenza ritengono lo sviluppo della stessa negli occhi emmetropi ed ipermetropi, non solo come possibile, ma bensì come un fatto ordinario.

L' Autore dopo di avere sottoposto ad un esame critico gli argomenti addotti da una parte e dall'altra e principalmente avendo rivolta la propria attenzione alla vera natura del cono che costituisce lo stafiloma postico, venne nella convinzione che lo sviluppo di quello sia tutt'affatto indipendente dall' attività dell' apparato di accomodazione. Si tratta ora di sapere ove si abbia a ricercare la causa della sclerectasia acquisita e per conseguenza della miopia da essa dipendente. A tutta prima sembrerebbe che in conseguenza di un processo infiammatorio, la resistenza della sclerotica potesse essere diminuita e quindi prestarsi ad un distendimento morboso, e l'analogia che sembra sussistere fra l'ectasia nell'occhio miope e lo stafiloma anteriore varrebbe a sussidiare una tale ipotesi. L'Autore però, posto in esame il modo di sviluppo e gli esiti dei due processi, ne mette in evidenza la disparità; da cui risulta che lo stafiloma anteriore è conseguenza dell'infiammazione ed invece lo stafiloma postico può essere causa d' infiammazione, sebbene in un numero ristretto di casi.

Parimenti come il processo ectatico non può essere ritenuto quale esito di una infiammazione della sclerotica, così data la struttura normale della sclerotica stessa, non potrà esso svilupparsi per l' influenza

persistente e spesso rinnovantesi dell' aumentata pressione endoculare, favorito dalla cedevolezza delle pareti dell' occhio dei giovani. Sebbene la sclerotica dell'occhio giovane sia più distensibile di quello del vecchio, tuttavia è sempre più resistente della lamina cribrosa, la quale perciò fintantochè la sclerotica si conserva sana sotto tutti i rapporti, rimane il luogo della minor resistenza. Se il glaucoma è incomparabilmente più raro nel giovane che nel vecchio, ciò avviene perché nella gioventù non succedono quei disturbi, pei quali si verifica un durevole aumento di tensione e non perchè la detta aumentata tensione abbia ad agire in modo differente. La persistente aumentata tensione causata da molteplici sinecchie anteriori, da cicatrici ectatiche della cornea ecc., produce colla stessa prontezza le più squisite escavazioni, tanto negli occhi dei giovani che in quelli dei vecchi. In quei casi adunque, ove la causa dell'aumentata tensione è palese ed i fenomeni da essa dipendenti sono anche loro tutti dimostrabili, anche negli occhi giovani si ha la escavazione della papilla e non la formazione dello stafiloma; mentre in quei casi in cui avviene il distendimento della sclerotica, avvi difetto tanto di una causa sufficiente per l'aumentata tensione, come di tutti i sintomi comuni alla stessa.

L' Autore oltre ai surriferiti argomenti negativi prodotti ad escludere l'azione di quei processi patologici a cui si potrebbe attribuire il distendimento della sclerotica, espone anche degli argomenti positivi per sostenere la sua ipotesi, che vi sia cioè una predisposizione allo stafiloma postico; fra questi in primo luogo pone la squisita disposizione ereditaria alla miopia ed un'aumentato accrescimento del bulbo nella direzione dell'asse, senza che per questo vi sia la menoma traccia di stafiloma postico. Essendo l'occhio un apparato fisico, le di cui parti sono soggette a leggi di sviluppo organico e l'azione di quelle non può essere contrastata per rispetto all'immutabilità della refrazione, in modo che per ciascun leggerissimo cambiamento nei mezzi rifrangenti non vi si associ necessariamente una compensazione nella lunghezza dell'asse, così spesso si sviluppa in occhi emmetropi una leggier miopia od ipermetropia, le quali ben presto possono scomparire oppure trapassare allo stato opposto. L' Autore riporta un caso di simil fatta, occorsogli non ha molto. In un giovane, ora diciottenne, circa cinque anni sono il prof. Jäger con tutta certezza aveva constato H 1|18 ed ora il soggetto è emmetropo, senza che vi esista traccia di sclerectasia. In questo caso manifestamente il cambiamento nella refrazione, non avvenne in seguito a sviluppo di uno stafiloma postico, ma bensì da aumentato sviluppo del bulbo in direzione dell'asse oculare ed è possibile che persistendo tale tendenza allo sviluppo, non possa passare anche ad un leggier grado di miopia.

Un caso d'aracnite e trasporto di un essudato dal cervello nel bulbo; del dott. Alexander. Società ottalmologica di Heidelberg sessione del 1874. (*Klinische Monatsblatter e Annales d'Oculistique*).

Il dott. Alexander comunica un caso patologico in conferma alle esperienze di Schwalbe, Schmidt, Manz, Meckel, Axel, Key, Retius ecc. sugli

spazii linfatici dell'occhio. Coll'ajuto dell'ottalmoscopio il suddetto ha tenuto dietro alla migrazione di un prodotto infiammatorio, dallo spazio aracnoideo del cranio, nell'interno dell'occhio. Si trattava d'un bambino di tre anni, che fu sempre sano; allorchè si presentò all'Autore accusava mal di capo e vomito. Al mattino seguente l'ammalato completamente ristabilito, non si lamentava più di nulla, ma i parenti s'accorsero che prendeva a tentoni ciò che gli veniva offerto. Una tale incertezza di vista s'accrebbe in modo, che si potè constatare un'amaurosi completa, con perdita della vista quantitativa. Le pupille erano dilatate senza alcuna reazione, la pressione endoculare normale, come pure normali i mezzi rifrangenti. All'ottalmoscopio si vedeva che il fondo rosso dell'occhio era totalmente scomparso ed in suo luogo eravi una superficie grigio-bleu, sulla quale la retina era fortemente distesa. I vasi, tanto arteriosi che venosi, alquanto dilatati, completamente chiari, si distaccavano fino nelle più piccole ramificazioni dal fondo grigio-bleu. Il nervo ottico era ancora distinto, tanto ne' suoi contorni, che per la confluenza dei vasi centrali, ma sembrava di colore sporco ed opaco. Non eravi traccia di nevrite, nè di nevroretinite. Questo stato ottalmoscopico esisteva da ambo i lati e l'essudato, per il quale era stata presa la massa grigio-giallastro situato sotto la retina, si estendeva fino all'equatore del bulbo, almeno per quanto era possibile di fare un'esame dettagliato. Lo stato generale del ragazzo era buono e non ricomparvero i fenomeni cerebrali; la temperatura non oltrepassava 38°, il ragazzo era vivace e sebbene cieco partecipava a tutti i giuochi degli altri coetanei. La diagnosi di affezione cerebrale non era dubbia. La cura consistette dapprincipio nel ghiaccio, setone alla nuca ed altri derivativi, il tutto però senza risultato e dopo 4 settimane l'essudato incominciò ad assorbirsi a poco a poco e ricomparve la vista. Quindici giorni dopo, l'essudato era del tutto scomparso, la retina un po' atrofica, il nervo ottico pallido e la vista ristabilita al punto, che il ragazzo distingueva abbastanza bene anche i piccoli oggetti.

Arretramento muscolare traumatico — avanzamento per mezzo del doppio filo. — Guarigione; del dott. De Wecker. (*Annales d'oculistique*, maggio e giugno 1874).

M. L. d'anni 42, il giorno 23 aprile 1874 ricevette un colpo al grand'angolo dell'occhio sinistro. L'enorme gonfiore delle palpebre susseguito al trauma, impedì all'ammalato di rendersi conto dei disordini avvenuti. Dopo qualche tempo s'accorse che l'occhio ferito, era più prominente dell'altro e che era deviato all'infuori e che gli era impossibile di dirigerlo all'interno. Una molestissima diplopia obbligava l'ammalato a chiudere od a coprire quasi costantemente l'occhio ferito.

Il 20 maggio M. L. si presentava alla Clinica del prof. Wecker. Il suo occhio sinistro, di cui l'acutezza e la potenza accomodativa sono perfette, è deviato di tre millimetri all'infuori, quando l'ammalato guarda diritto avanti a se. Volendo sforzarsi a dirigere l'occhio verso l'angolo interno,

non riesce a spostare il centro della cornea, che d'un millimetro all'interno. La larghezza della apertura palpebrale supera di due mill. quella del lato opposto e il bulbo corrispondente, è un po'più prominente dell'altro, deformità che si fa ancora più palese per l'allargamento delle palpebre. Esaminando il grand'angolo dell'occhio si vede, che un tessuto cicatriziale molto denso, ha sostituito la congiuntiva, fino a circa 8 mill. del margine interno della cornea; a questa distanza si trova una elevatezza arrotondata, che corrisponde evidentemente alla novella inserzione dal muscolo distaccato e che simula una seconda piega semilunare addossantesi alla vera piega, la quale è situata più all'interno.

L'ammalato si lagna principalmente di diplopia, che si manitesta in quasi tutta l'estensione del campo visivo, ed è sopratutto perciò che l'ammalato aderisce alla proposta operazione. Nel praticare l'operazione l'Autore, si scostò dal metodo da lui proposto altrove e cioè invece di adoperare le pinzette e le forbici per l'ordinaria cruentazione, si servì di un coltello da cataratta di Beer, distaccando a piccoli lembi il tessuto cicatriziale dalla sclerotica fino al moncone del muscolo. Dopo di avere passato il doppio filo attraverso al muscolo nuovamente distaccato, indi ciascuna estremità del filo attraverso alla congiuntiva al disopra ed al dissotto del margine corneale, invece di afferrare i fili corrispondenti per annodarli, legò il filo inferiore con quello che aveva attraversata la congiuntiva al dissopra del bordo della cornea ed inversamente per l'altro filo. La sutura superiore essendo stata dapprima serrata a questo modo, il muscolo non era soggetto ad alcuna trazione; non è che al momento in cui si chiuse la seconda sutura che questa prese un punto d'appoggio sulla prima, e che il doppio filo, passando attraverso alla metà del muscolo, agisce alla maniera d'una puleggia per attirare il tendine verso il bordo corneale.

Il metodo presenta il vantaggio, che il nodo può esser fatto al di fuori dell'apertura palpebrale; e che la trazione a modo di puleggia presenta maggior regolarità nello spostamento del muscolo; e per ultimo che per levare la sutura basta tagliare un nodo solo, potendosi colla semplice trazione fatta sull'altro filo levarlo del tutto.

Nell' ammalato soggetto della presente osservazione, il filo venne estratto dopo 48 ore e il muscolo retto interno ricuperò tutta la sua motilità, si trovò scomparso lo strabismo e la diplopia, e svanita la gonfiezza delle palpebre, si vide che l'apertura palpebrale sinistra si trovava eguale alla destra e che più non esisteva la prominenza del bulbo.

Il Wecker trova che il caso descritto viene in appoggio alla sua opinione, che cioè il semplice avvanzamento muscolare a mezzo del doppio filo può guarire dei forti strabismi secondari, senza che vi sia il bisogno di complicare inutilmente questa operazione con un' arretramento del muscolo antagonista.

Della teoria del glaucoma; del prof. Herm. Schmidt. (*Analectes Ophthalmol, par Warlomont.* Idem ibidem p. 280).

Il prof. Schmidt seguendo le esperienze di Conheim sull' infiammazione, crede di poter spingersi un po' più avanti di quanto venne fatto finora nella conoscenza della natura del glaucoma. Infatti tanto l'ipotesi di Donders, il quale spiega l'aumentata pressione endoculare coll' irritazione del trigemino, quanto quella di Gräfe che partendo dai sintomi infiammatori ritiene il glaucoma consistere in una coroidite sierosa, non danno una soddisfacente spiegazione del complesso di sintomi compresi sotto la denominazione di glaucoma. Per verità in certi casi, la pressione endoculare aumentata è accompagnata da sintomi infiammatori (glaucoma acuto) e in certi casi di glaucoma cronico non avvi traccia di sintomi flogistici. Hippel e Gruenhagen studiando le circostanze atte a suscitare un'aumento della pressione intraoculare, la riscontrarono in uno stato d'irritazione del trigemino; dal loro canto Wegner ed Adamech in una irritazione del gran simpatico cervicale. Infine la si ascrisse ad un'aumento della pressione arteriosa, ad una stasi venosa, nonchè alla rigidità della sclerotica. Si l'una che l'altra di queste circostanze, o meglio parecchie assieme riunite esistono nel glaucoma, come lo dimostra l'esperienza clinica.

Il prof. Schmidt crede di spiegare i sintomi infiammatori propri del glaucoma colle esperienze di Conheim, secondo il quale tutto il complesso di sintomi e processi costituenti l'infiammazione, dipendono da un' alterazione delle pareti vascolari. Ora nel glaucoma acuto, le pareti vascolari sono diversamente costituite da quelle di occhi in cui si sviluppa il glaucoma cronico; come lo provano, secondo l'Autore, le emorragie retiniche consecutive all'iridectomia, che sogliono manifestarsi nei casi di glaucoma acuto e non mai nella forma cronica, anche allorquando è molto aumentata la pressione endoculare. Inoltre avendo Conheim dimostrato, che una brusca interruzione della corrente sanguigna basta per fare emigrare i leucociti, ne verrà che nel glaucoma acuto i sintomi infiammatori risultano da un aumento brusco della pressione endoculare, nel mentre che nel glaucoma cronico tale aumento si farà più lentamente, oppure non raggiungerà un grado così elevato. Schmidt si appoggia in ciò alla relazione di un caso osservato da Rydel, nel quale un aumento brusco della pressione intraoculare fu susseguita da fortissima infiammazione. I casi di glaucoma emorragico costituirebbero una classe a parte, in cui l'alterazione delle pareti vascolari sarebbe il fatto primitivo, al quale si aggiungerebbero l' una o l' altra delle circostanze capaci d'aumentare la pressione interna.

Contribuzione alla terapia della miopia; del prof. Schiess-Gemuseus. *Annales d'Oculistique, juillet-août* 1874).

Donders d'accordo con Junge ammette, che soventi lo spasmo della accomodazione accompagna i gradi elevati dalla miopia. Dobrowolski dal suo canto dimostrò che in un gran numero di miopi, tanto di grado

leggiero che elevato, avvi l' intervento di uno spasmo del muscolo cigliare, fattore suscettibile d'essere eliminato dall'atropina. Naturalmente in tal caso il punto remoto si allontana e diminuisce il grado di miopia. Dobrowolski ha egualmente attirata l'attenzione sulla possibilità di uno sviluppo della miopia apparente, in occhi originariamente ipermetropici, il che era già stato segnalato anche da Liebreich.

L'Autore prima di conoscere il lavoro di Dobrowolski aveva praticata l'applicazione metodica dell' atropina in un ragazzo di 12 anni, nel quale la miopia si era sviluppata rapidamente, ed incoraggiato dal risultato ottenuto fece ulteriori esperienze.

Secondo l'Autore i sintomi subiettivi della malattia mancano del tutto in molti casi; l'individuo stesso i parenti, od i maestri, rimarcano che la vista da lontano ha cessato d'essere distinta. Spesso i due occhi non offrono lo stesso grado di miopia. Finchè un occhio solo è affetto, ordinariamente la miopia passa inosservata. Quando esistono sintomi subiettivi, questi per lo più si riducono ad una certa avversione alla luce, ad una sensazione disgustosa provata nell' occhio, che può convertirsi anche in vero dolore sotto date circostanze, per esempio, dopo un lavoro forzato.

I fenomeni obiettivi sono : lo spasmo accomodativo, iniezione dei grossi vasi cigliari anteriori, lagrimazione nel minimo sforzo visivo, sia o no accompagnato da un catarro della congiuntiva palpebrale. Spesso avvi ammicamento delle palpebre, il quale alcune volte raggiunge un alto grado, sfigurando persino la fisonomia.

Fra i sintomi obiettivi, i più costanti sono le modificazioni d'aspetto del fondo oculare nella miopia incipiente. Ordinariamente avvi un grado evidente di rossore e di intorbidamento nel lato nasale della papilla. Tale rossore alcune volte si fa molto intenso e la papilla si fa poi torbida in totalità, per cui non si distinguono più i contorni di essa. In qualche caso i vasi retinici sono interrotti ed il quadro ottalmoscopico, si fa identico a quello della nevrite e l'Autore è del parere, che la malattia non ne differisca, anche per riguardo all'anatomia patologica. Nei gradi avvanzati sopravvengono le alterazioni note dal lato della coroide. Finchè i sintomi si riducono al rossore ed intorbidamento, la malattia può ancora essere suscettibile di regresso, non così se sonvi già in campo le alterazioni dal lato della coroidea.

Nell'esordire della miopia un' altro sintoma costante, si è la distensione delle vene retiniche e l'aspetto ondulato delle arterie.

L'ondulazione delle arterie, si manifesta alcune volte con degli archi di cerchio, che si ripetono a parecchie riprese sullo stesso vaso, in modo perfino da formare un nodo completo. L' Autore dice di avere riscontrato delle forme analoghe, in giovani ipermetropici, che avevano fatti grandi sforzi d'accomodazione.

In alcuni casi vide un rimarchevole sviluppo di vasi arteriosi e venosi occupare la papilla ed estendersi anche ai contorni di essa.

L'incipiente miopia da spasmo dell' accomodazione, è accompagnata da alterazioni della pupilla che si continuano nella sclero-coroidite e nell'ectasia, che per molte ragioni possono essere attribuiti alla tensione del muscolo accomodatore, affetto da spasmo. Infatti è ammesso generalmente, che durante l'accomodazione avvi maggiore afflusso di sangue nell' occhio, il che costituisce una predisposizione ai cangiamenti infiammatori, in ispecie nei soggetti giovani, ove avvi un rapido scambio dei materiali di nutrizione.

Per rispetto alla terapia della miopia acquisita, complicata a spasmo l'Autore, fece una serie di esperimenti applicando l' atropina per 3 o 4 settimane di seguito, allo scopo di determinare, se dopo che lo spasmo venne abolito per un tempo più o meno lungo, il muscolo cigliare ritornerebbe al suo stato normale.

La cura venne intrapresa sopra 101 occhi appartenenti a 53 individui e s'instillò una soluzione di 1|120 di atropina alla dose di una goccia, due volte al giorno per 3 o 4 settimane; una dieta oculare severa e l'uso degli occhiali bleu completarono la cura.

Da questo numero di occhi trattati per tal modo, risulta che la miopia incomincia con un legger grado di crampo del muscolo cigliare. Spesse volte questo spasmo si dissipa coll'uso dell' atropina. Non è che più tardi, che lo spasmo od una parte di esso, si cambia in un'allungamento dell'asse oculare d'estensione variabile. Più la miopia si prolunga e più ella raggiunge un'alto grado. In generale l'elemento *spasmo*, diminuisce a misura che s'eleva l'elemento *allungamento dell'asse*.

Per rispetto ai risultati definitivi dell'atropinizzazione, l'Autore potè seguire a lungo l'andamento della cura, sopra 81 occhi dei 101 sottoposti ad esame.

Di questi 81 casi, 56 hanno offerto un risultato definitivo; in due casi questo risultato definitivo è perfino stato più favorevole del primitivo; 23 volte i due risultati furono identici, cioè che lo spasmo accomodativo non s'è più presentato. In 17 casi non fuvvi risultato definitivo positivo; dopo l'interruzione della cura, la miopia ricomparve come prima. In 8 casi ad onta dell'atropina, la miopia andò aumentando.

L' Autore termina il suo lavoro concludendo, che il processo curativo della miopia coll' atropina non offre alcun inconveniente per gli occhi del paziente, giacchè spesso aumenta perfino l'acutezza visiva. Che come lo dimostrò Hosch anche nei casi in cui dopo la cura coll' atropina la miopia si mantenne allo stesso grado di prima, avvi nondimeno un risultato positivo della cura, in quantochè è un fatto riconosciuto che la miopia è progressiva precisamente negli anni nei quali si impiegò il detto trattamento curativo, vale a dire nei primordi di suo sviluppo. I fatti registrati poi dimostrano, come in molti casi la miopia è intieramente scomparsa. In altri non è ancora ricomparsa al momento attuale; ed in altri finalmente, i pazienti non si sono più presentati all'esame.

Ferita della sclerotica curata a mezzo della sutura; del dott. F. Pool. di New-Jork. Rendiconto della Società Ottalmologica Americana. (*Annales d'Oculistique*, novembre e dicembre 1874).

Un'uomo di 32 anni, entrava nell' Ospitale della Carità il 27 gennaio 1873. Quattro giorni prima nel mentre stava tagliando dell' acciaio. un frammento di metallo gli percosse l'occhio destro causandogli una ferita che diede una discreta emorragia. Il giorno susseguente l' occhio era molto dolente e percepiva delle immagini luminose. Accettato nell'ospitale mostrava una larga ferita orizzontale della sclerotica, d'un mezzo pollice di lunghezza, che si estendeva dalla parte inferiore esterna del bulbo, fino alla cornea. L'iride aderiva alla ferita della cornea senza essere prolassata. Il corpo vitreo faceva ernia attraverso alle labbra della ferita scleroticale.

Pooley introdusse un filo di seta nera dall' esterno all' interno, alla metà di uno dei bordi della ferita scleroticale, senza trapassare tutto lo spessore della sclerotica, facendo fare al filo la stessa strada in senso inverso attraverso all'altro labbro della ferita. Annodato il filo si constatò, che le labbra della soluzione di continuità impedivano ora perfettamente il prolasso del vitreo. Atropina, riposo e bendaggio non compressivo.

Il primo febbraio la ferita si trovò solidamente riunita, per cui si tolse la sutura, continuando la fasciatura. Guarigione completa l' otto febbraio.

Oltre a questo caso l'Autore si sovviene di cinque altri, nei quali l'uso della sutura per le ferite della sclerotica ebbe felice successo.

Due casi di zona ottalmico seguiti dalla perdita dell'occhio; del dottore I. Jeffries di Boston. Idem ibidem.

Il 14 marzo 1873 un'uomo di 52 anni, si presentava all' Autore raccontando che da circa 34 giorni gli si gonfiavano terribilmente il naso, la fronte e le palpebre, dal lato sinistro. In pari tempo si manifestava un'eruzione, con formazione di croste nelle parti del corpo sopraccennate. Il paziente soffriva crudelmente e non aveva potuto prendere riposo durante tutta la prima settimana. Dalle cicatrici esistenti e dalle croste, che ancora esistevano sul naso e sulle palpebra inferiore, l'Autore potè farsi un concetto sicuro sul carattere della malattia. L'occhio chiuso, la palpebra superiore gonfia si adagiava sopra l'inferiore. Il bulbo infiammato, la cornea pure invasa dall'infiammazione presentava un' infiltrazione di cattivo aspetto. Soluzione d'atropina e amministrazione di ripetute dosi di chinina. Il 22 marzo la cornea appariva affetta da sfacelo ed il giorno seguente, dava luogo alla rottura ed allo svuotamento della camera anteriore. L'undici aprile si ciccatrizzava la cornea, ma la vista era del tutto abolita.

M. Blank di 64 anni, già da molti anni era soggetta a frequenti cefalalgie Verso la fine di agosto del 1872 accusò un fortissimo dolore nevralgico, che aumentava senza tregua al lato destro del capo. Alla

metà circa di settembre, si manifestò da questo lato un'eruzione sul cuoio capelluto, alla fronte ed al naso, con formazione di croste che scomparvero, per poi ricomparire di nuovo.

All'esame istituito dall'Autore si riconobbero ancora le tracci ben marcate del zona. L'occhio era facilmente depressibile al tocco attraverso alle palpebre chiuse. Rossore cigliare, escara centrale della cornea. Irritazione simpatica dell'altro occhio. Soluzione di atropina a più siprese; chinina.

Il 7 ottobre si vede la circonferenza superiore della cornea e dietro di essa la pupilla, conservata la camera anteriore. L'occhio sinistro sopporta un po' meglio la luce, continuano i dolori. Il 7 novembre l'occhio sinistro è ridivenuto più sensibile alla luce, metà della cornea presenta una crosta circolare centrale. Alla parte superiore della cornea, avvi un spazio attraverso il quale l'ammalata può contare le dita.

Undici settimane dopo la comparsa della malattia, il dolore persisteva ancora nel cuoio cappelluto e al sopracciglio, ma meno forte. Eravi ancora rossore. L'occhio sinistro era d'alquanto migliorato. Il destro era ancora in preda a dolori lancinanti, scomparsa la camera anteriore, la visione completamente svanita.

Istromento per la diagnosi dello stato di refrazione; del dott. Thompson. Idem ibidem.

L'istromento consta di un disco di cuoio sottile, di un pollice e mezzo di diametro, avente nella sua parte centrale dieci piccoli fori d'un mezzo millimetro di diametro ciascuno, separati gli uni dagli altri da uno spazio eguale e disposti in forma di croce, di cui l'asta verticale si compone di sei aperture e le braccia di cinque. Facendo guardare attraverso a questi fori, ad una fonte luminosa distante sedici piedi almeno, l'accomodazione essendo paralizzata, un occhio emetropo senza astigmatismo, vedrà molte luci in croce: se è miope, facendo passare una carta davanti ai fori del disco, da destra a sinistra, vedrà sparire i punti lucenti nello stusso ordine; se è ipermetropo, quelli scompariranno da sinistra a destra.

Ancor meglio, la croce lucente può essere fusa in un sol punto coll'aiuto dalle lenti sferiche positive o negative, che correggeranno in pari tempo l'ametropia.

Se avvi astigmatismo, la lente sferica non potrà fondere in una volta il braccio ed il montante della croce in un'unico punto. Bisognerà cercare una lente, la quale fonda separatamente le braccia della croce ed un'altra, la quale fonda il montante. In allora dopo di avere ricercato il meridiano astigmatico col mezzo del foro circolare di Donders e delle linee raggiate di Green, si aggiungerà ad una delle lenti precedenti, una lente cilindrica, che per essere addattata dovrà fondere tutto in un punto unico.

Istromento pel tatuaggio della cornea; del dott. W. Thompson. Idem. ibidem.

Non è che una piccola penna d'acciaio, conosciuta, sotto il nome di penna di corvo litografica, di cui la punta venne affilata soffregandola a piatto sopra una pietra. Questa penna ha la proprietà, di non lasciar sfuggire l'inchiostro su tutta la cornea, di maniera che quello, non entra che nell'apertura dell'incisione praticata dalla punta tagliente dell'istromento.

Istromenti nuovi presentati dal prof. Knapp di Nuova Jork. Idem ibidem.

Il prof. Knapp ha presentato alla Società Ottalmologica americana tre nuovi istromenti. Il primo è una pinzetta per le palpebre, descritta nel terzo volume degli Archivi d'Ottalmologia ed Otoiatria, che rassomiglia alla pinzetta di Pope, ma che può servire per i due occhi. Il secondo è un'uncino per l'estrazione dei corpi stranieri nell'interno del bulbo. Consiste in un piccolo cucchiaio di argento flessibile, la di cui curvatura, può essere modificata secondo i bisogni; la sua concavità stretta ed allungata, figura una scanellatura il di cui fondo invece di essere pieno, è crivellato da tanti piccoli fori poco profondi, entro i quali s'impegnano i corpi stranieri. Il terzo strumento è un'ottalmoscopio destinato anche per l'ottometria. L'Autore giudicando come troppo voluminosi ed incomodi gl'istromenti di Loring e di Colm, addottò una modificazione, riducendo il volume dell'ottalmoscopio, con facoltà di aumentare il numero dei vetri di prova. Dietro lo specchio ordinario, una piastra metallica della larghezza dello specchio e d'una lunghezza quasi doppia, porta due dischi eguali le di cui circonferenze s'intersecano. Passando l'uno al davanti dell'altro, questi dischi portanti dei fori alla loro periferia, girano entrambi in maniera, che i loro fori rispettivi si possono sovrapporre e corrispandere al foro centrale dello speccio ottalmoscopico. Tutti i fori in numero di 13 per ciascun disco, portano una lente convessa o concava a seconda che appartengono all'uno o all'altro disco, un sol foro essendo riservato per la visione nuda. Le lenti si seguono nella progressione seguente: 3, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 17, 20, 24, 33, 48, succedendosi con intervalli di forza rifrangente di 1[12' 1[14' 1[24' 1[40' 1[60' 1[84' ecc. Queste due serie di lenti sono sufficienti per la maggiorità dei casi ed inoltre siccome i due dischi possono sovrapporsi le loro lenti rispettive, si ha il vantaggio di potere con delle combinazioni variate, rispondere a tutte le esigenze pratiche e scientifiche.

Corpi splendenti nella retina; del dott. G. Stevens d'Albany. Idem. ibidem.

Z. M. d'anni 22, d'una salute perfetta è forte e bene sviluppato. Nell'anno 1867, discendendo il Mississipì a bordo d'un vapore, nel mentre stava quietamente conversando, risentì tutt'ad un tratto un dolore violento nell'occhio, « come se il bulbo fosse stato trapassato da un ago, » Per due settimane di seguito, soffrì immensamonte e non s'accorse che

più tardi, d'una perdita parziale della vista in un occhio. In seguito ebbe ancora dei dolori vivi nell'istesso occhio un' anno dopo lo sviluppo del male ed ora ne è tormentato da due settimane. Dice di percepire come un velo sospeso davanti all'occhio, in modo che non può vedere che una parte del campo visivo.

Effettivamente il campo visuale è intorbidato in alto ed all' interno, per più di un quarto di sua estensione. All'ottalmoscopio la parte inferiore ed esterna della retina mostra parecchie centinaia di corpi brillanti, che la illuminano per modo da apparire splendente. Questi corpi ripartiti uniformemente su di un quarto circa della superficie retinica, senza contare qualche punto isolato, sembrano avere loro sede nello strato interno della retina, o forse nella limitante interna. Sembrano immediatamente applicati alla faccia anteriore delle vene e delle arterie ma non avvene neppur uno al dissotto del livello dei vasi.

Sull'estrazione lineare esterna, semplice e combinata, della cataratta. Memoria presentata all'Accademia delle scienze di Parigi dal prof. Castorani, in 8° pag. 106 con fig. Parigi, 1874. (*Annales d' Oculistique*, novembre dicembre 1874.

Il processo di Castorani si eseguisce col mezzo dei seguenti istromenti: due elevatori a gomito, una pinzetta per fissare l'occhio, pure a gomito e che si può tenere appoggiata sul naso; un keratotomo (Beer) della lunghezza di 34 mill. e 11 1[2 di larghezza alla base e nel mezzo; questo Keratotomo è leggermente ricurvo, come pure il tagliente e la sua superficie curva sono rivolte contro l'iride durante l'atto operatorio; una pinzetta curva da iridectomia ed un'altra retta a gomito; due forbici curve e due rette; una curva ed a gomito.

Primo tempo: (occhio sinistro) Il coltello tenuto obliquamente dall'alto al basso e dall'esterno all'interno, è introdotto paralellamente all'iride nella sclerotica, ad un millimetro dalla cornea, nella direzione del quarto superiore ed esterno della cornea e viene spinto colla punta, fino al suo quarto inferiore ed interno. In allora l'operatore ritirando il coltello, fa un movimento di rotazione dall'alto al basso e dall' infuori all'indentro e con questo movimento, taglia la sclerotica fino al punto della sua parte inferiore, che corrisponde al meridiano verticale della cornea.

Secondo tempo: iridectomia.

Terzo tempo: l'operatore abbandona la fissazione, introduce il cucchiaio, col mezzo del quale fa una leggiera pressione sul perimetro della cataratta, affine di lussarla parzialmente, spinge in seguito il cucchiaio attraverso all'apertura fatta dalla detta lussazione, al di dietro del cristallino, indi gli da una direzione orizzontale e lo spinge fino in vicinanza al bordo interno della lente; il quale allora, si trova nella concavità dell'istromento. Non rimane più allora che di estrarre la cataratta colla capsula. Secondo l'Autore si avrebbero i seguenti vantaggi dal metodo:

1° riunione della ferita nella giornata stessa dell'operazione; 2° le labbra della ferita si combaciano; 3° facilità d'esecuzione; 4° impossibile la cataratta secondaria; 5° impossibile l'infiltrazione e il rammollimento delle labbra della ferita, in causa della loro situazione; 6° innocuità relativa dalla perdita (assai frequente) dell'umor vitreo.

Riassunto generale:	Cataratte operate	N. 391
	Insuccessi completi irremediabili	» 26
	Successi operatorii	» 365

Metodica cura dell' astenopia accomodativa a mezzo del Calabar; del dott. A. Magnus. (*Klinische Monats.* august septemb.).

L'Autore conoscendo l'influsso potente che esercita il calabar, sulla funzione del muscolo cigliare e l'azione efficace che possiede nelle vere paralisi dell'apparato accomodativo, volle esperimentarne l'azione, anche pei casi di astenopia accomodativa da ipermetropia.

Nei 10 casi in cui l'Autore tentò il detto metodo di cura, si servì di una soluzione di estratto di fava, della forza di 1,0:600, e di questa soluzione, ne prescrisse in una volta sempre una piccola quantità di 12,0; giornalmente si installarono alla mattina ed alla sera, circa dalle 5 alle 10 goccie, di maniera che in tutto si adoperarono 4 fiaschetti di circa 0,2 di estratto di calabar sopra 12,0 di acqua; più di 4 fiaschetti non vennero mai adoperati, anzi non di rado bastò una minor quantità di medicamento, per ottenere un notevole miglioramento nell'astenopia.

L'autore fa quindi seguire la storia dei 10 casi, in cui il rimedio venne adoperato; da cui risulta, che in seguito all'uso metodico e continuato del calabar, si potè ottenere un notevole e persistente miglioramento nella forza di accomodazione.

Da queste esperienze però l'Autore venne nella convinzione, che per ottenere un'assoluto e persistente miglioramento nell'astenopia accomodativa, coll' uso del calabar, è necessario che i soggetti sottoposti alla cura, non abbiano oltrepassati i 15 anni di età; nei soggetti più avanzati negli anni, il miglioramento o fu minimo, oppure scomparve tosto dopo la cessazione dell'amministrazione del rimedio. Ulteriori esperienze decideranno, se una dose più forte del rimedio, possa avere un risultato migliore anche per questi ultimi casi.

Dai risultati poi ottenuti, Magnus verebbe indotto anche ad ammettere, la fisiologica possibilità, che la cura del calabar, potrebbe essere utile anche contro lo strabismo convergente dipendente da ipermetropia.

Durante la cura non si ebbero a lamentare inconvenienti di sorta, nè dal lato detla congiuntiva, nè degli altri organi, solo in un caso di una piccola ragazzina malatticcia, si ebbe ripetutamente il vomito, senza conseguenze però.

Embolia od emorragia dell'arteria centrale della retina nell' interno del nervo ottico? del prof. Zehender. (*Klinische Monats.* august, septemb. 1874).

La cecità istantanea e la completa deficienza della colonna sangui-

gna nella terminazione papillare delle vene e delle arterie, sono i sintomi patognomonici dell'embolia dell'arteria centrale dalla retina. A ciò si aggiunge, una particolare alterazione della regione della macula lutea e sue vicinanze, vale a dire una macchia rosso ciliegia circoscritta, circondata da una porzione di retina, di un color biancastro, nella quale si disegnano molto chiaramente i piccoli vasellini, non discernibili allo stato normale e che spesso appaiono gonfi e tortuosi. Nei casi di cecità istantanea quasi costantemente si diagnosticò per embolia dalle arterie retiniche, anche tutti quei casi in cui mancavano i segni patognomonici sopra citati, fondandosi solo sull' esistenza della macchia e dei cambiamenti avvenuti nelle vicinanze della macula lutea.

Nella clinica del prof. Zehender si presentò appunto un caso, il quale a detta dello stesso, non era di embolia dell'arteria centrale della retina, ma che stando a quanto si usò di fare finora, avrebbe potuto essere ritenuto per tale.

Un paesano di 21 anni, senza alcun sforzo e senza causa nota, ad un tratto divenne cieco dell'occhio destro. Quattro giorni dopo l'accaduto, venne accolto nella Clinica. Coll'occhio destro a stento poteva distinguere la fiamma di una candela, a 2 piedi di distanza in una camera oscura.

All'esame ottalmoscopico emerse tosto il coloramento rosso della macula lutea e l'infiltrazione bianco-sporca della retina. In detta parte di retina apparivano ben distinti i vasi retinici molto iniettati e tortuosi. La macchia rossa risiedente sulla macula lutea, non mostravasi quale un recente stravaso sanguigno, era di una tinta ineguale ed in un punto, notavasi una tinta un po' più chiara tendente al giallognolo. Quà e la eranvi dei piccoli punti splendenti di colesterina, tanto sulla macula, che nelle vicinanze.

Le arterie uscenti dalla papilla erano pallide ed apparentemente quasi vuote di sangue, senza essere ristrette di calibro; le vene principali invece erano ripiene. Rimarchevole poi era un forte polso venoso, fatto questo che faceva tosto escludere la possibilità di un'embolia dell'arteria centrale della retina, inquantocchè la pulsazione mostrava chiaramente che nei vasi retinici, si effettuava il circolo sanguigno. Nei primordi della sua entrata nella Clinica, il paziente si lagnò ripetutamente di dolor di capo. All'ottavo giorno si mostrarono nelle vicinanze della macula lutea, all'interno e superiormente alla stessa, due piccole emorragie confluenti, di aspetto irregolare e della grandezza all'incirca della macchia rossa sopranotata. Il colore delle emorragie era uniforme, però ai confini dello stravaso, si notavano anche quì dei piccolissimi punti splendenti di cristalli di colesterina. Le piccole macchie sanguigne si assorbivano abbastanza prontamente. Frattanto si assottigliavano sempre più le terminazioni venose in vicinanza alla papilla, scomparve il polso venoso e le arterie si fecero filiformi, in parte bianche con una sottilissima striscia centrale di sangue; in breve nel periodo di poche

settimane, si sviluppò il quadro ottalmoscopico caratteristico dell'embolia delle arterie retiniche.

Il prof. Thierfelder constatò un' ipertrofia eccentrica di amendue i ventricoli da insufficienza della valvula mitrale.

Non essendo sopravvenuto miglioramenio nella facoltà visiva, il paziente si sottrasse ad ulteriore osservazione, avendo abbandonata la Clinica.

Delle emorragie del nervo ottico; del dott. Ugo Magnus. Idem ibidem, pag. 319 Lipsia 1874.

L' Autore in questo suo lavoro si propone di mettere in rilievo i segni differenziali, fra i fenomeni che si manifestano in seguito alla emorragie dell'ottico e l'embolia dell' arteria centrale della retina, onde togliere la probabilità che queste due distinte affezioni, vengano scambiate e confuse, come avvenne assai frequentemente per lo passato.

Come un segno eminentemente differenziale, l'Autore cita innanzi tutto la subitanea comparsa di un'intorbidamento bigio-biancastro della retina. Questo intorbidamento che circonda la macula lutea, si manifesta tosto dopo avvenute le ferite dal tronco ottico e relativamente spesso in seguito a ferita ne viene un'emorragia nel cordone nervoso, o nella sua guaina. Nell'embolia senza contemporanea ferita del tronco ottico, manca una occasione immediata all'insorgenza di quell'intorbidamento, la di cui natura finora ci è ancora sconosciuta. L' intorbidamento in tal caso si sviluppa solo dopo molti giorni ed è accompagnato da una particolare macchia rossa sulla macula lutea. Tosto appena avvenuta la cecità istantanea, la mancanza o l'esistenza di un intorbidamento retinico, servirà a stabilire con sicurezza la diagnosi.

Nell'embolia dell' arteria centrale della retina, il sistema vascolare della retina deve essere assolutamente anemico. L' Autore considera questo come sintoma fondamentale e crede che una semplice diminuzione nel sistema sanguigno, non può spiegare una completa cecità istantanea, ma invece bisogna che, tanto le arterie quanto le vene, sieno completamente vuote di sangue. Se l'arteria è solo otturata, il sangue può sortire liberamente dalla retina per mezzo delle vene, se invece dessa è rotta e nel sito della rottura, si ebbe a formare uno stravaso sanguigno, in tal caso non potrà il sangue penetrare nella retina e in causa della compressione sul tronco nervoso non potrà parimenti fluire alcun sangue dalle vene, o per lo meno in minima quantità e queste per un tal fatto dovranno apparire fortemente ingorgate alla loro terminazione centrale.

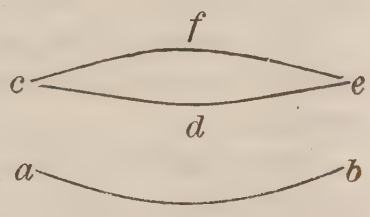
Finalmente l'Autore riscontra ancora un ultimo sintomo differenziale, nel comportarsi del campo visivo, il quale se appena dopo avvenuta la cecità alla periferia, si mantiene ancora relativamente buono, è un dato contrario all'esistenza dell'embolo. Per delucidare la questione sui sintomi, il decorso e la prognosi, l'Autore fece una serie di iniezioni sperimentali nel tronco del nervo ottico, sopra differenti animali e studiò

attentamente il decorso dei mutamenti successivi ad essi. In primo luogo constatò, che mediante un'iniezione in poca quantità non avvenivano cambiamenti, oppure insignificanti e che prontamente scomparivano. L'ipotesi quindi che nella ambliopia ed amaurosi transitorie, si tratti di un insufficiente afflusso sanguigno nel cordone ottico, gli sembra, dopo questi esperimenti molto seducente.

Nelle iniezioni più abbondanti, dopo il taglio, e la legatura del nervo ottico, si manifestarono notevoli disturbi nella circolazione dei vasi retinici; già dopo sei ore si sviluppò un consecutivo intorbidamento grigio-bianchiccio. Questo intorbidamento ha la sua sede prevalentemente negli strati più profondi della retina. La macula appare in allora come una macchia rosso cupa.

I disturbi visivi insorgono sempre istantaneamente, alcune volte dopochè avvennero anteriormente accessi transitori di cecità, che possono durare per ore, giorni ed anche più lunghi intervalli di tempo. Le interruzioni del campo visivo mostrano le forme più svariate.

Operazione dell'entropion secondo Berlin. Seduta 2ª della Società Ottalmologica di Heidelberg, 1874. (*Klinische Monatsb.* october, november december 1874).



L'Autore così descrive la sua operazione: *a b* sia l'orlo inferiore della palpebra superiore dell'occhio destro affetta da entropion. Applicata una grossa pinzetta di Desmarres, si fà un'incisione per mezzo di un bistori puntuto, incominciando a 3 mill. al disopra della commissura palpebrale esterna (in *c*), proseguendo il taglio paralellamente al margine palpebrale, fino in corrispondenza all'angolo interno. L'incisione deve interessare la cute, il muscolo, la cartilaggine e la mucosa. Indi si allontanano dal bordo superiore della ferita, la cute ed il muscolo, spingendole in alto col manico del coltello, finchè appaia a nudo la cartilagine. Ciò fatto si afferra con una pinzetta dentata piuttosto larga, il margine superiore della cartilaggine divisa (in *d*) vale a dire, circa nella sua metà e si esporta mediante il coltello od una forbice un pezzo ovale stretto di cartilaggine, che comprenda tutta la larghezza della palpebra, che abbia quindi la forma *c d e f* e dell'altezza di 2 a 3 mill. Naturalmente operando in tal modo, la congiuntiva rimarrà attaccata e verrà esportata assieme al lembo di cartilaggine. Se in seguito al detto procedimento si produce un manifesto e sufficiente ectropion alla porzione inferiore rimasta libera della palpebra, si potrà considerare ultimata l'operazione. Si può anche riunire la ferita cutanea con tre punti di cucitura, oppure se lo si crede necessario, prima dell'applicazione dei punti, escidere ancora un lembo di cute, la di cui larghezza dovrà essere misurata a seconda del bisogno.

Nella distichiasi parziale si deve fare il taglio in modo, che non abbia a comprendere tutta la lunghezza delle palpebre, ma solo la parte

corrispondente all' affezione, estendendolo al di là di essa, tanto da una parte che dall'altra per 3 o 4 mill. Nella distichiasi poi conviene praticare la sutura cutanea, impiantando gli aghi il più possibile in vicinanza alle ciglia. Il processo venne quasi unicamente praticato per la palpebra superiore.

Cura disinfettante di alcune malattie corneali; del prof. Horner. Idem ibidem pag. 432.

Partendo dall'idea, ora quasi universalmente accettata, che l'ipopiocheratite, l'ulcera serpeggiante ecc., consistano in una traumatica cheratite da infezione, l'Autore ne trasse la deduzione, che per la cura di queste forme patologiche, si debba incominciare dalla disinfezione della ferita infetta, non trascurando tutti gli altri mezzi, che sono suggeriti a seconda delle circostanze nel tratto successivo. Il prof. Horner trova, che i rimedi disinfettanti adoperati già da lungo tempo, come l'acqua di cloro, il chinino, l'acido carbolico ecc., non ottennero quei risultati da farne accettare universalmente l'uso e ciò secondo lo stesso, in causa che il modo di amministrazione non era giusto, limitandosi unicamente alla semplice instillazione di alcune goccie nel sacco congiuntivale, nella tema di toccare direttamente la cornea con mezzi escarotici o anche semplicemente irritanti.

Il rimedio dall'Autore adoperato si è il liquore di cloro fresco, dovendosi rinnovellarlo ogni 5, 6, 8 giorni allorchè si hanno molti casi da trattare.

Per adoperarlo, l'Autore si serve di un pennello tuffato in una soluzione fresca di acqua di cloro, premendo direttamente il pennello sull'ulcerazione della cornea, o meglio strisciando col pennello sull' ulcera nella direzione da cui proviene la marcia. L'Autore nei 300 casi di ipopion-cheratitis da lui trattati, rimase realmente meravigliato del risultato ottenuto, in quantochè in moltissimi casi nelle prime 24 ore si arrestò la progrediente suppurazione, l'ipopion veniva assorbito assai prontamente e per ultimo, oltremodo favorevoli si mostravano le condizioni della cicatrizzazione e per rapporto alla poca entità dell'opacità risultante e per rapporto all'integrità dei raggi di curvatura della cornea ed ai pericoli di aderenze dell'iride, di cicatrici ectatiche ecc.

L'Autore è del parere che coll' acido carbolico, o con altri mezzi, si potranno forse ottenere risultati ancora migliori e crede altresì, che la cura disinfettante dovrà nuovamente essere sperimentata, anche per le malattie congiuntivali. A ciò si aggiunga che la durata della cura viene immensamente abbreviata.

Estirpazione di un tumore del nervo ottico risparmiando il bulbo; del prof. Knapp. Idem ibidem pag. 439.

Tre anni sono il prof. Knapp ebbe ad osservare l'occhio di una donna robusta, di 40 anni, la quale era affetta da nevrite discendente, esoftalmo ed ambliopia. Il bulbo era sporgente all'infuori e spinto un po' inferiormente all'esterno, l'esottalmo era lentamente progressivo. I dolori che

già da tempo tormentavano l'ammalata, si feeero così intensi da divenire insopportabili. Si istituì la diagnosi di tumore dell' ottico e nella supposizione, che il tumore fosse diviso dalla sclerotica da un sottile strato di tessuto cellulare, l'Autore volle tentare di snocciolarlo, pur conservando il bulbo. L'operazione si praticò come segue: divaricate le palpebre col blefarectomo, l'Autore fece un taglio colla forbice da strabismo della congiuntiva e della capsula di Tenon fra il retto superiore ed interno e l'obbliquo superiore, allargando l'apertura finchè potè sentire col dito, a nudo il tumore Allora sempre sulla guida del dito, distaccò tutto il tumore dalla sclerotica, tagliò il nervo, dapprima alla sua terminazione oculare e poi alla orbitale ed estrasse mediante la forbice, un tumore della grossezza di una noce avellana.

L'emorragia fu insignificante. Rimesso in posto il bulbo, si applicò una fasciatura. La ferita guarì per prima intenzione e scomparvero i dolori. Il bulbo dopo il 2.º giorno venne regolarmente esaminato coll'ottalmoscopio. I mezzi rifrangenti erano e rimasero trasparenti. Il fondo oculare, sul principio mostrava un aspetto chiaro lattiginoso e non si discernevano dettagli. Al quarto giorno si videro delle striscie rosse, che andavano aumentando giornalmente, in guisa che all' ottavo giorno era visibile una rilevante iperemia venosa, retinica, nel mentre che le arterie erano di dimensioni normali. Il fondo andò giornalmente rischiarandosi, ma l'iperemia venosa persistette per diverse settimane.

L' esottalmo scomparve quasi onninamente ed il bulbo mantenne sempre la grossezza e la funzione normale; era mobile superiormente ed inferiormente, ma non lateralmente, forse perchè saranno stati interessati nel taglio, i nervi dei muscoli retti laterali. Il tumore appartiene alla natura dei fibro-sarcomi.

Questo caso indusse il Knapp nell' opinione, che sia possibile nella pluralità dei casi di estirpare i tumori orbitali, conservando il bulbo.

Dello spasmo tipico dell'accomodazione; del dott. I. Stilling. *Klinische Monatsb.*, jan. feb. marz, 1875, p. 5.

Finora non esiste una patogenesi e nemmeno una sintomatologia dello spasmo genuino dell'accomodazione, che da parecchi anzi è ancora messa in dubbio. Secondo l' Autore lo spasmo genuino dell' accomodazione, deve dipendere da una irritazione nervosa, la di cui natura finora ci è ancora ignota e le di cui manifestazioni per ciò, possono essere soggette a maggiori o minori oscillazioni. Infatti quei casi di spasmo accomodativo, che sogliono avvenire negli emetropi, presentano numerose varietà dipendenti da continue oscillazioni dell' accomodazione. Ora secondo Stilling queste varietà, che si osservano nell'accomodazione degli emetropi, possono verificarsi anche nello spasmo generico del muscolo cigliare, a seconda della forza dell'irritazione, dando luogo allo spasmo tonico o clonico, come suole avvenire, per ogni altro muscolo.

Partendo da questo punto di vista, l'Autore ha creduto di pubblicare

alcune sue osservazioni cliniche, nella convinzione di avere a che fare con una nuova forma di malattia.

La prima osservazione riguarda uno spasmo dell' accomodazione in una febbre intermittente larvata.

Trattasi di una donna di 67 anni, la quale nell' aprile 1874 presentò una leggier cheratite all'occhio sinistro, accompagnata da forte dolore. Scomparsa la cheratite persistette il dolore a tipo intermittente, il quale cedette poi ad alte dosi di chinina.

Ripresentatasi l'ammalata al 22 aprile, asseriva di vedere meglio col suo occhio sinistro ammalato, che col sano, ciò che prima non gli era mai successo.

L'ammalata legge coll'occhio ammalato il N. L di Snellen a 20'. Le lenti convesse peggiorano, le concave leggiere migliorano alcun poco la visione Coll'occhio sano legge solo il C C a 20', con + 13 1|2 si ha S = 1. Per la vista davvicino si ha. Snellen 1 1|2 a 3" di distanza e solo con + 7, ad occhio nudo non distingue a nessuna distanza. Si fecero instillazioni ripetute ogni 2 ore di forti dosi di atropina ed internamente si prescrisse il chinino.

Qui l'Autore dopo di avere riportato il diario della cura, che si estende fino al 15 luglio, fa rilevare che l'occhio di una persona diggià avvanzata in età, la di cui refrazione era H 1 1|15 la di cui acutezza visiva senza lente di correzione arrivava appena a 20|200, in seguito a forti accessi dolorosi di carattere intermittente nel decorso dei nervi cigliari, ottenne un'*aumentata acutezza visiva.*

Dopo il primo accesso legge ad occhio nudo Snellen XL a 20' quindi S = 1|2. Dopochè i sintomi morbosi furono scomparsi, ad occhio nudo si aveva solo 20|200. Passato un pò di tempo successe un nuovo accesso di dolore, il bulbo si fece iperestetico. L'acutezza visiva s'innalzò di nuovo, ad occhio nudo, si ha XL a 20', quindi S = 1|2.

Come la prima volta, dopo una forte dose di chinino, non ricompare l'accesso e come la prima volta diminuisce ad occhio nudo l'acutezza visiva per innalzarsi, essendosi la H latente fatta manifesta, con + 15 a 2|3.

Pochi giorni dopo si ripete il singolare fenomeno per la terza volta. In seguito all'uso del chinino scomparvero i dolori, aumentò invece l'iperemia e l'iperestesia. Nuovamente aumenta l'acutezza visiva ad occhio nudo, dapprima a 2|5 indi a 2|3 talchè viene a corrispondere ad S dell'occhio sano, provvisto di una lente di correzione + 15. A poco a poco sotto il continuo uso del chinino la H, si fa di nuovo manifesta con alcune oscillazioni. Molte volte la S dell'occhio nudo, era eguale a quella che si ottiene con una lente convessa, avvi quindi la facoltà di rendere di nuovo latente una parte della H, che si era fatta manifesta, il che avvenne parecchie volte con piccole oscillazioni nell'acutezza visiva. Finalmente si abbassò di nuovo l'acutezza visiva dell'occhio nudo di 1|10 e salì colla lente di correzione + 15 nuovamente a 2|3.

Secondo l'Autore questo particolare morboso aumento dell' acutezza visiva, non si può ascrivere che allo spasmo dell'accomodazione. Infatti in questo caso si trattava di una febbre intermittente larvata, che si manifestava con nevralgia, non solo sopraorbitale, ma anche cigliare, per cui lo spasmo accomodativo, lo si deve ritenere come fenomeno riflesso. Le contrazioni riflesse sono molteplici, come lo si osserva in altri processi, in cui quelle sono direttamente sviluppate, come p. e. nel tetano, nello stesso individuo molto più forti delle contrazioni muscolari volontarie. Così si spiega anche, come una morbosa contrazione sviluppata mediante irritazione di nervi sensitivi, produsse un effetto che un' innervazione volontaria, non avrebbe mai potuto manifestare; un uomo di 67 anni non è in grado di mascherare una H = 1|15.

Inoltre non si può spiegare altrimenti che collo spasmo accomodativo, la circostanza, che in principio non eravi che Hm = 1|24 sebbene si fosse protratto l'uso dell'atropina, fino ad un principio di avvelenamento e tuttavia in seguito, si manifestò una totale H = 1|15.

Importante è anche il fatto, che ripetute volte si presentava una H manifesta (fino ad 1|17) e ciononostante ad occhio nudo, l'acutezza visiva, era la stessa come colla lente convessa corrispondente. Ciò lo si può spiegare solo in modo, che lo spasmo sia un pò diminuito ma persisteva una aumentata facoltà di contrazione del muscolo cigliare, in conseguenza della persistente irritazione nervosa, a ciò aggiunto l' impulso volontario, produsse un effetto che non sarebbe stato possibile in un occhio di 67 anni, esente da irritazione, affetto da H 1|15.

La seconda osservazione riguarda una donna di 30 anni, con nevralgia sopraorbitale dal lato destro. Curata con forti dosi di chinino, scomparve il dolore, ma in pari tempo s' accorse di un disturbo visivo dell'occhio destro. Acutezza visiva per la visione a distanza molto abbassata, il N. C C — C di Snellen a 20' è percepito imperfettamente.

Con una lente concava 30, si ha miglioramento, legge XL a 20 piedi di distanza, per cui l'acutezza visiva s'innalza da 1|10 a 1|2.

Per la visione da vicino, ad occhio nudo non riconosce nessun carattere. Sotto i tentativi per leggere, l' ammalata risente dolore. Con + 10 a 5" legge il 1 1|2 di Snellen, fino a 3" può accomodare, dopo scompajono le lettere. Dolore alla pressione nella regione sopraorbitale, refrazione miopica, pupilla dilatabile al massimo coll'atropina. In seguito alla dilatazione della pupilla, si nota una diminuzione di S a distanza. Con — 40 legge a 20' con nessun altra lente si può ottenere miglioramento. Si continua coll'applicazione dell'atropina ogni due ore.

Dopo una cura di poco più di un pajo di settimane, l'occhio si fece completamente normale.

In questo caso quindi, dopo una nevralgia sopraorbitale intermittente, si ebbe dal lato affetto una diminuzione dell' acutezza visiva ad 1|10. Mediante una lente concava s'innalzava a 1|2, dopo l' instillazione dell'atropina era H = 1|60, S = 1. Non si trattava quindi di ambliopia,

altrimenti con — 30 S non si sarebbe elevata da 1|10 ad 1|2. D' altra parte come sarebbe stato spiegabile il fatto, che prima dell'applicazione dell'atropina, S con una lente concava si portò a 1|2 e dopo con — 40 si abbia solo S = 20|100, senza che un'altra lente potesse recare un miglioramento? Queste oscillazioni dell'acutezza visiva in sì breve tempo, non sono proprie dell'ambliopia. In seguito si ebbe a distanza S = 1, meno per la vista davvicino. Più avanti a distanza si ebbe S = 20|100, davvicino invece fu = 1. D'ora in poi S fu sempre = 1 per la distanza; per la visione vicina dapprima fu un pò minore e finalmente a poco a poco si fece = 1. Secondo l'Autore non havvi dubbio, che questi fenomeni, si debbano spiegare come dipendenti d'un spasmo dell' accomodazione.

Nella terza osservazione si tratta di un giovane di 22 anni, in cui la malattia incominciò con un forte catarro congiuntivale dell' occhio destro, avente i caratteri della contagiosità, a cui si aggiunse in seguito un acuto dolore sopra l'occhio sinistro, che ben presto presentò gli stessi sintomi della congiuntivite. In seguito ad un'injezione di morfina cessarono i dolori per ricomparire a tipo periodico. Dietro l'uso del chinino e delle injezioni, cessarono infine i dolori del tutto, come anche l'aumentata secrezione mucosa, rimanendo solo l'injezione della congiuntiva bulbare. Fino dal primo svilupparsi degli accessi nevralgici, l'ammalato si lagnò di disturbi visivi; presentava fotofobia, pupilla assai ristretta e che non reagiva alla luce.

L' ammalato leggeva il N. C di Jäger solo a 2" di distanza, le lenti concave non avevano alcun effetto. Sotto l' azione dell'atropina si riscontrò la pupilla sinistra notabilmente più dilatata della destra. A sinistra leggeva a 6" di distanza il N. 1 1|2 di Snellen con + 12, ad occhio nudo non distingueva alcun carattere, nè vicino, nè lontano. A destra leggeva a 20' solo il N. LXX di Snellen, nessun miglioramento dalle lenti concave. Senza lenti da vicino Snellen 1 1|2 a 12".

L'ammalato si dichiarò guarito in meno di un mese. — Punto remoto d'ambo i lati = ∞, S = 1.

Prendendo in esame i tre casi ora descritti, l' Autore si crede giustificato a ritenerli un' intermittente larvata, che si manifestò una volta come semplice nevralgia sopraorbitale e in due come nevralgia cigliare. Come fenomeni riflessi si ebbero spasmi accomodativi, i quali non furono semplicemente tonici, ma anche clonici.

Oltre ai casi sopracitati, l'Autore ne riporta uno, di spasmo dall'accomodazione nell'irritazione spinale. Trattasi di una ragazzina di 12 anni, la quale fu già curata per una paralisi reumatica del retto inferiore. In seguito si lagnò di debolezza visiva; dessa legge solo a 2" di distanza e solo alcune lettere sotto continue contrazioni dell' orbiculare. Nessuna lente portava un miglioramento di S, assai moleste erano le lenti concave.

Dopo di avere continuato l'uso dell'atropina per alcune settimane, si

ottenne finalmente un aumento dell'acutezza visiva. A sinistra con + 36 a 20' leggeva il XX di Snellen, ma solo alcune lettere, a destra poteva leggere il XX a 20' con + 40. In ciascun esperimento di lettura l'orbiculare si contraeva spasmodicamente. Dopo l'uso continuato dall' atropina si ebbe H = 1|40, S = 1.

In un esame istituito dall'Autore per ricercare se vi fossero punti dolorosi si rinvennero i punti di uscita dei nervi sopraorbitali e l'apofisi spinosa della seconda vertebra cervicale dolenti alla pressione.

Dopo tre mesi circa di osservazione e di cura continuata coll' atropina, l'ammalata si dichiarò completamente guarita. Riconosce le lettere dal N. XX di Snellen a 20' ora si, ora no. Nessun miglioramento dalle lenti. La ragazza asseriva di veder meglio con tutti e due gli occhi contemporaneamente, che con uno solo.

Il N. 1 1|2 di Snellen lo distingue solo ad 8". Con + 16 l' accomodazione si estende dai 9 ai 10 pollici ; le lenti più forti suscitano contrazioni dell'orbicolare e indeboliscono la vista. Anche in questi esperimenti l'ammalata dice di vedere più chiaro coi due occhi , che con uno solo. Non si potè però, tanto ora, che nelle ulteriori osservazioni, constatare un'obbiettiva differenza.

La cura consistette unicamente nell'uso dell'atropina e a poco a poco trascorsi parecchi mesi, scomparvero tutti i fenomeni morbosi.

L'Autore ritiene dallo studio del caso descritto, che si trattasse di contrazioni riflesse di natura clonica e che queste contrazioni del muscolo cigliare, si riferissero ad una irritazione del midollo spinale, che si manifestava nell'aumento della sensibilità alla pressione nei punti sopranotati.

Per ultimo il dott. Stilling riporta un caso di spasmo dell' accomodazione, dipendente dalla volontà. Trattavasi di un maestro di pianoforte, il quale presentava delle leggieri opacità corneali di antica data ad entrambi gli occhi, molto più estese però a sinistra.

In conseguenza l'ammalato si serviva quasi unicamente dell' occhio destro. Quest'occhio era fortemente ipermetropico H = 1|6. Una gran parte dell'ipermetropia era ancora latente, giacchè il N. 1 e 2 di Jäger erano percepiti chiaramente con + 3 1|2 a 12 pollici almeno. A distanza, non si otteneva miglioramento dell' acutezza visiva colle lenti convesse.

L'ammalato però possedeva da tempo un mezzo per migliorare la sua facoltà visiva, che consisteva nel comprimere leggermente col dito sul bulbo e precisamente sul quadrante interno superiore, in seguito a cui portava il suo punto remoto all'infinito.

Parimenti tenendo egli ad occhio nudo il N. 1 della scala di Jäger a 12 o 14" di distanza, riusciva a poterlo leggere allora quando adoperava la suddetta manovra. A tutta prima l'Autore credette che questo miglioramento, dipendesse dal restringimento della rima palpebrale, inquantochè colla sopradetta manovra la palpebra superiore veniva portata

alquanto all'ingiù. Dietro prove ripetute si dovette persuadersi, che ciò non era sussistente.

L'ammalato senza l'ajuto di quel maneggio, non distingueva i caratteri, anche i più grossi, se non in immediata prossimità dell'occhio. La pressione poi doveva essere molto leggiera, giacchè in caso contrario, si suscitavano dolori al bulbo e ciò principalmente per l'occhio destro.

L'occhio sinistro era probabilmente ipermetropico ed astigmatico, il che non fu possibile di determinare, stante l'estesa opacità della cornea. Quest'occhio era anche dolente al tatto e non provava alcun miglioramento dalla manovra più sopra descritta. Si prescrisse all'ammalato una lente + 3 1[2 per la lettura. Due giorni dopo si ottenne un notabile miglioramento di S con + 7.

In questo caso osserva l'Autore, sebbene vi esista una ametropia di grado piuttosto rilevante, si deve nondimeno ritenerlo come una nevrosi riflessa. Infatti il soggetto il quale non aveva mai usato di lenti addattate, contraeva continuamente il muscolo cigliare, senza poter rendere latente l'ipermetropia. In seguito a questi continui sforzi si produsse un'iperestesia dei nervi cigliari, la quale dal suo canto suscitò una disposizione alle spasmodiche contrazioni muscolari. Aumentando questa iperestesia mediante la pressione digitale, si provava una contrazione d'indole riflessa del muscolo cigliare, di natura così rilevante, da non potere in nessun caso essere eguagliata da una contrazione volontaria. Giacchè il paziente leggeva il N. 1 di Jäger a 12" di distanza con + 1 1[2, possedeva quindi una H = 1 1[2. Nella spasmodica accomodazione avrebbe quindi prodotto una A = 1 7[12, il che superava grandemente il normale. Forse in questo caso si trattava di un forte avvanzamento della lente.

Dal caso descritto l'Autore ne conclude per ultimo, che la presbiopia sarebbe da attribuirsi non solo alla rigidità delle fibre della lente, ma anche ad una atrofia del muscolo cigliare, che in un'eccezionale e forte irritazione, potrebbe offrire dei passaggieri ma notevoli vantaggi.

Cura del gozzo esoftalmico colla belladonna; del dott. Smith. *Union Medical*, janvier 1875.

Il dott. Smith riporta per esteso l'osservazione, di due donne di 24 a 26 anni, curate senza successo per parecchi mesi coi diversi mezzi in uso. Considerando che il gozzo esoftalmico, viene ritenuto da alcuni patologi come una paralisi della porzione cervicale del gran simpatico e che la belladonna è uno stimolante di questo nervo, adoperò questo rimedio sotto forma di tintura amministrandone cinque goccie (*minims*) tutte le ore durante il giorno. L'effetto fu rapido e sorprendente. In quinta giornata, la prima ammalata condannata a letto ed al riposo, potè fare una passeggiata.

Continuata per 10 giorni questa cura, dovette essere sospesa per una diarrea intercorrente. Ripresone l'uso alla dose di 15 goccie quattro volte al giorno, unita al ferro, tutti i sintomi andarono gradatamente mi-

gliorando, eccetto l'ipertrofia della tiroide. Dieci mesi dopo questa cura, l'ammalata era in buonissime condizioni di forze e salute.

Nella seconda ammalata sopravvennero accessi di cefalalgia intensa seguita da epistassi, come anche angine gravissime; ma dopo un mese di cura colla belladonna il polso era disceso a 70, la palpitazione nulla e l'esoftalmo di molto diminuito. La tiroidea senza avere perduto del suo volume, era dura come un fibroma. L'ingrossamento nei due casi era rimarchevole.

Cura mediante la luce delle malattie oculari; del dott. Roustan. *Union Medical*, mars 1875.

L'Autore parlando delle applicazioni terapeutiche della luce, tratta delle indicazioni della luce e dell'oscurità nelle diverse malattie degli occhi, cornea iride, coroide, retina e cerca di dimostrare, che se è utile di adoperare l' oscurità nelle retiniti acute, è al contrario indicato di far uso della luce, nelle retiniti e cheratiti croniche, come anche nella emeralopia essenziale.

Cura del tic douloureux colle injezioni di cloroformio ed il ghiaccio; del dott. Bartholow. *Union Medical*, avril 1875.

In parecchi casi di *tic douloureux* della regione sopraorbitale, il Bartholow introdusse la cannula della siringa attraverso la palpebra superiore nella direzione ed in prossimità del foro sopraorbitale, injettando da 0,40 a 0,80 centigrammi di cloroformio puro. Tale injezione produsse sul principio un vivissimo dolore, al quale succedette l'insensibilità a tutta la regione ove si diffuse il cloroformio. Oltracciò si manifestò una gonfiezza, seguita da indurimento che persistette per qualche giorno. In un caso assai grave una sola injezione produsse un sollievo che durò molti mesi.

Il dott. Walker riporta pure un caso di una signora di 60 anni, affetta da nevralgia, in cui tutti i rimedi adoperati per lo spazio di 5 anni non riuscirono che a produrre una calma di qualche settimana. Il dottor Walker sottomise l'ammalata all'applicazione locale del ghiaccio, mantenendolo nella regione dolente fino alla tolleranza, tenendo in pari tempo dell' acquavita in bocca. Sotto l' influenza del ghiaccio, per un certo tempo, il dolore si fece più intenso; in seguito incominciò a diminuire e diede poi luogo ad una perfetta calma, che si mantenne poi sempre dopo una sola applicazione del rimedio.

Nota sulla pupilla in forma di serratura; del dott. S. Grand. *Lyon Médical*, mars 1875.

L'Autore fa osservare, che nella iridectomia che si pratica per l' operazione di cataratta secondo Gräfe, non è senza importanza il praticare il taglio dell'iride in modo, da non distruggere una porzione troppo grande di tale membrana, e di avere una pupilla a *forma di serratura* piuttosto che una pupilla ovalare o parabolica, prodotta da una larga perdita di sostanza dell'iride. Secondo il suddetto una volta che non si sarà compromessa la libera uscita della lente, pur ottenendo un taglio

limitato dallo sfintere irideo, si potrà fare assegnamento sui seguenti vantaggi:

1.° la pupilla conserverà quasi la sua forma circolare e la palpebra superiore, mascherando la perdita di sostanza dell'iride, non si avrà una palese deformità dell'organo;

2.° quanto più si conserverà dello sfintere irideo, tanto più la pupilla conserverà della sua contrattilità e l'iride delle sue funzioni di diaframma mobile, con notevole vantaggio per la percezione degli oggetti.

È fatto constatato inoltre, che ogni qualvolta che dopo l'operazione, la pupilla presenta una figura parabolica molto aperta in alto, ne avviene durante la cicatrizzazione, uno spostamento in alto della pupilla essendo spinto all'insù il margine pupillare inferiore, il che non avviene o quasi mai, quando la pupilla ha la forma sopradetta.

L'Autore preoccupato dall'idea che la forma di pupilla ora accennata è la più conveniente, cercò di rendersi conto del come in alcuni casi si ottiene una pupilla a forma di serratura, ed in altri invece la forma parabolica. Dopo molte osservazioni ed esperienze istituite, venne alle seguenti conclusioni.

L'operatore il più delle volte onde aprire una uscita facile al cristallino, dopo di avere fatta una larga incisione periferica, stira fortemente l'iride all'infuori per poterne escidere un lembo piuttosto ampio, senza interessare i margini della ferita e per tal modo si taglia l'iride in vicinanza alla sua inserzione e per una lunghezza, quasi eguale a quella della ferita; in tal caso la pupilla necessariamente assumerà la forma ovalare o parabolica. Si aggiunga che in tal modo l'iride è fortemente incastrata negli angoli della ferita, e donde bene spesso è impossibile di farla ridiscendere, giacchè la membrana ha perduta la sua tonicità ed il suo sfintere in gran parte distrutto, non può più colle sue contrazioni essere di alcun vantaggio.

Onde ottenere la pupilla a forma di serratura, l'Autore consiglia di adoperare per l'iridectomia la pinzetta-forbice, modello De Wecker, le di cui lame ad angolo quasi retto, possono essere applicate tangenzialmente al bulbo; inoltre essendo a punte ottuse si può tagliare l'iride vicinissimo alla sua inserzione ed anche fra le labbra stesse della ferita senza pericolo di lederla evitando di stirare l'iride all'infuori, per cui vien tolto il pericolo d'incastrarla fra le labbra della ferita.

Il dott. Grand propone pertanto di tagliare all'incirca un quarto dello sfintere e di escidere il lembo irideo, il più vicino possibile alla sua inserzione, facendo un taglio alla periferia della larghezza di 5 millimetri al più. Per tal modo si ottiene un'apertura dell'iride, sufficiente nei casi ordinarj per il passaggio del cristallino e si realizza la forma di serratura. Risparmiando poi lo sfintere irideo, si conserva evidentemente una gran parte della sua forza contrattile, che serve a ricondurre l'iride

nella sua posizione ed a staccarne quelle porzioni, che per avventura avrebbero potuto essere incuneate nella labbra della ferita.

Riassumendo l' Autore, sostiene che non è indifferente di fare una pupilla artificiale di una tale, o di una t. l' altra forma, e la pupilla a forma di serratura, è di tutta la più vantaggiosa. Per ottenerla non occorre che di tagliare circa un quarto del bordo interno dell' iride e 5 millimetri del suo bordo esterno. Per ciò fare occorreranno tre colpi di forbice, il primo limitando da un lato il segmento irideo, il secondo distaccando le sue inserzioni periferiche e il terzo limitando il segmento dall'altro lato.

Infine fa rimarcare che secondo lui ciò non si può praticare che nei casi di cataratta, in cui il volume del cristallino non è troppo considerevole.

RIVISTA PELLAGROLOGICA

del prof. C. LOMBROSO.

Lombroso e Dupré — *Indagini chimiche e fisiologiche sul mais guasto*, 1873.

Zambon — *Cura di una psoriasi colla tintura di mais guasto.* Milano, 1873.

De-Rossi — *Psoriasi nummullare curata col mais guasto*, Napoli, 1875.

Bergonzoli — *Eczema impettiginoso curato e migliorato colla tintura di mais guasto.*

Generali e Fattori — *Diario della cura praticato al sig. N. N. di Modena*, 1874.

Pavesi — *Ricerche sull'alimentazione dei contadini della Provincia di Milano*, 1873.

Pretenderis Typaldos — *Essai sur la pellagre, observée in Corfon*, 1868.

Biffi — *Relazione della Commissione nominata dal R. Istituto Lombardo per esaminare e riferire intorno agli esperimenti del professor Lombroso*, 1875.

Foà — *Sull'anatomia patologica del gran simpatico.* Bologna, 1874.

Bucheim — *Sulla segale cornuta.* (Arch. f. Pharmacologie, 1875).

Strina, Fulcheris, Zogno, Rouzé, Segré, Bergonzoli, Bonora, Zonca, Camozzi, ecc. *Inchiesta agricola sul mais e la pellagra*, 1875.

Indagini chimiche, fisiologiche e terapeutiche sul mais guasto; Comunicazione preventiva dei professori C. Lombroso e Dupré.

In questa Memoria, anzi, Comunicazione preventiva, i professori Lombroso e Dupré espongono una serie di indagini chimiche e fisiologiche che essi fecero sul mais guasto; aggiungendovi alcuni cenni su parecchie cure di affezioni cutanee eseguite con esso dai professori Gamberini, Ferrario, Scarenzio, Ferri, Dupré, Micchetti, Zavagli, Riva, Canevozzi.

Comincieremo a dare nella seguente tabella un riassunto dei principali caratteri chimici differenziali offerti dal mais guasto.

Caratteri chimici differenziali del

Mais guasto	**Mais sano**
Si colora in rosso nell' alcool e nella potassa.	Non cambia di colore, nell'alcool nè nella potassa.
Dà tintura rosso-rubino coll' alcool.	Dà tintura giallo citrina coll' alcool.
Dà un olio rosso-rubino, di sapore acre ed amaro, che si scioglie nell'alcool, e precipitato dalla benzina, resinifica all' aria, e contiene un pigmento che si separa colla potassa dalla soluzione eterea.	Dà un olio giallo-ambra, insolubile nell'alcool, insipido, che non resinifica all'aria e che non è precipitato dalla benzina, in cui anzi si ridiscioglie.
Dà una sostanza rossa, leggermente vonefica, disciolta dalla soluzione di potassa, da cui l' acido solforico la separa in forma di fiocchi rosso bruni insolubili nell'etere, e che precipita in fiocchi rossastri colla soluzione di jodio nello joduro di potassio, ed in fiocchi biancogiallognoli con alcool assoluto. — Questa chiamiamo la sostanza tossica.	Dà una sostanza gialla, che non precipita, nè colla soluzione di jodio nello joduro, nè coll'alcool assoluto, e che si scioglie nella soluzione di potassa, ma che l'acido solforico fa separare in forma di liquido solubile nell'etere. — È assolutamente innocua.

La così detta sostanza tossica del mais guasto non diventa deleteria, se non in dose rilevante oppure quando sia ripetuta per varj giorni di seguito. Nei pulcini si osservò più attiva per bocca che non per injezioni. Uno degli effetti suoi più curiosi è l' immediata diarrea che produce nei polli, con un odore puzzolento di muffa nelle feci. — Nelle esperienze terapeutiche, poche ancora, a dir vero, per dare una conclusione sicura, si notarono sotto la sua somministrazione sole alcuni dei fenomeni provocati della tintura di mais: pizzicore alla cute; mag-

giore energia, peso allo stomaco e al basso ventre, tristezza, nevralgia, inappettenza seguita da voracità, sete, diarrea, e quindi poco sicuro meno però il caso unico in cui indusse cessazione della prurigine; e quel diabete in cui parve diminuire l'orina, ma per pochi giorni, non si è riconosciuta da essa un'efficacia terapeutica chiara, in ispecie sulla cute, certamente la sua azione curativa è assai minore di quella della tintura.

La sostanza resinosa dell'olio di mais guasto non mostrò sinora che poca o nessuna azione; appena i pulcini mostrarono le ali abbassate, e un pò d'inappetenza.

Il da noi chiamato olio rosso di mais guasto produsse fenomeni contradditori. I fenomeni mortali si dovettero probabilmente all'etere, di cui non si potè del tutto liberare la preparazione. Difatti le rane patirono egualmente, sotto l'azione di piccole dosi di etere, e i pulcini ne risentirono pochissima influenza.

Più chiare e certo più sicure conclusioni danno gli studj sull'olio di mais irrancidito ed ossidato.

Negli animali, pulcini e galli in ispecie, esso non altera la nutrizione, se non quando viene somministrato per molti giorni di seguito. Anche in essi il peso, ossia la nutrizione, dopo un certo tempo, torna a migliorare.

Fenomeni nervosi se ne notano pochi, sul principio, e poco distinti; in alcuni appena sonnolenza, apatia, vertigini, tempellamento, irrequietudine; ma essi si fanno spiccatissimi quando si prolunghi ed abbondi la somministrazione, comparendo paresi, convulsioni cloniche del capo, tendenza ad un dare per indietro o dei lati, che sono i sintomi nervosi più speciali alla pellagra.

Molto più presto compajano i sintomi intestinali: diarrea, rifiuto dell'alimento. E più curiosi di tutti sono i sintomi sviluppati sulla cute, il cambiamento del pelo nel cane, nei sorci, la desquammazione della cresta nel gallo. — Alquanta importanza ha l'azione terapeutica.

Noi abbiamo veduto, sopra sette casi di malattie cutanee, uno migliorare, due guarire completamente sotto il suo uso, e in alcuni (Biagiolini) senza produrre verun fenomeno grave; in alcuni solo diarrea, voracità aumentata.

Tuttavia va notato che, come l'azione tossica appena riesce chiara in qualche individuo così l'azione medicamentosa manca in alcuni completamente, in altri, come nel Tullio e nella Biagiolina, non valse a impedire la recidiva.

I guariti completamente erano malati in una sola regione del corpo (collo e mano).

Quest'olio deve avere un'azione locale, ma solo sui tessuti malati, poichè gli erpetici osservavano che, appena unta, la regione malata diveniva più rossa, ma gli individui sani e i lavoranti coll'olio di mais non ne provarono azione alcuna sulla cute.

La tintura è la sola fra le preparazioni del mais, guasto che più e più presto, si mostrasse attiva, e l' analisi chimica bene ne spiegava la ragione, contenendo in sè la da me detta, sostanza tossica in uno stato di soluzione, e l'olio di mais, che è pure sufficientemente efficace.

Sopra 15 affezioni cutanee curate con questa tintura, dai sopracitati medici si ebbero 8 guariti, 5 notevolmente migliorati, soli 2 che resistettero tenacemente all' azione; e le guarigioni e migliorie avvennero in casi in cui la farina e l'olio di mais guasto sviluppavano niuna o debole azione. I guariti erano affetti da psoriasi e da eczemi; i non guariti, da acne rosacea, che evidentemente è ribelle a questo trattamento.

Alcuni casi mostrano che una piccolissima quntità, quando sia continuata, sviluppa azioni tossiche e terapeutiche.

Viceversa, altri casi dimostrano che una esagerata quantità della sostanza, producendo fenomeni tossici, diventa insopportabile all'organismo, e le impedisce di sviluppare un'intera azione terapeutica.

L'azione medicamentosa della tintura, che si può dire essere un dei più potenti modificatori della pelle, si manifesta sempre dopo un'azione tossica sulla cute, bruciore, dolore, alle volte vera febbre e sulla nutrizione generale come pure sulle condizioni delle orine, che si fanno meno copiose e più pesanti.

Pare che la tintura agisca con maggiore energia nei mesi caldi e come l'azione tossica è lenta, e per aver luogo deve esser stata ripetuta l'ingestione molte volte, così pur troppo accade anche dell'azione medicamentosa, tanto che per ottenere la guarigione devesi continuarne l'uso per moltissimo tempo; vi è però questo di consolante, che quando non se ne abusi nella dose, gli ammalati provano tal sollievo, nel prenderla, che non si stancano della cura.

Ai 22 casi di cura coll'olio o colla tintura di mais guasto eseguito dai professori Gamberini, Ferrari, Scarenzio, Ferri, Bergonzoli, Michetti giova aggiungere i seguenti dei dottori Bergonzoli, Scarenzio, De-Rossi, Zambou, Generali.

Coursole di Peau, d'anni 19, venne curato dal dott. Zambou da una psoriasi accompagnata da sensazione di caldo e di prurito alla cute, estesa alle coscie, alle braccia, ai lombi, ed al collo. — Lo curò colla tintura del mais guasto per un mese circa, ed esso guariva senza che si notasse altro che inappetenza, seguita più tardi da grande voracità, diminuzione da prima del prurito, seguito poi da senso di bruciore generale e quindi da impallidimento. Le orine aumentarono a metà della cura, di peso specifico ma di ben poco. (Zambou « Giorn. delle Malattie cutanee », 1873).

Bianchi, stuccatore, d'anni 28, contrasse, 8 anni fa, eczema impetiginoso all'articolazione radio-carpo; guarì più volte coi bagni solfurei: ma poi recidivò. — Per suggerimento del dottor Bergonzoli si sottopose alla tintura di mais guasto 4 cucchiai al dì in 2 volte; dopo 4

giorni di cura il prurito o l' eczema si aumentò e si estese alla nuca; e stava per interrompere la cura; dietro insistenza del farmacista, continuò; al 10.° giorno l'impetigine cominciò ad essicare, lasciando una pellicola rossa. — Dopo 45 giorni l' impetigine era ridotta ad una lenticchia — dopo 2 mesi era perfettamente guarito e così da 3 mesi continua. (Bergonzolo « Morgagni », 1875).

La signora Luigia D...., d'anni 31, maritata, con sorelle ed ambo i genitori affetti da dermatosi. Essa medesima da molti anni affetta da leucorrea, e da 4 da psoriasi nummullare estesa a tutto il corpo meno la faccia.

Fu sottoposta ai bagni sulfurei, ai preparati arsenicali, ma non guariva, anzi il male si estendeva alle faccia.

Trasportata sotto le cure del dott. Rossi fu curata con l'olio di mais, 25 goccie fino a 100 e ne provò bruciore alle fauci, dolor all' epigastrio che si accompagnò poi a nausea quando si passarono le 50 goccie.

Si praticarono pennellazioni di olio di mais, il tutto per 47 giorni; non si ebbe altro effetto che impallidimento del rossore della faccia e qualche esfogliamento alle braccia.

Al 23 maggio si diede la tintura di mais guasto da uno a quattro cucchiai al giorno che produsse nausea, rutti e diminuzione di appetito. Le croste del volto scompajono e così pure le piastre alle gambe; le ulcerazioni si detergono. In luglio la faccia era scevra d' ogni crosta, l'ammalata volle uscire, interrompendo la cura per prendere le acque di Lourdes, e recidivò completamente. Ripresa la cura e dopo 15 giorni migliorava di nuovo ritornando allo stato di prima. (De-Rossi « Morgagni », 1875).

Certo N. N., di Modena, che occupa un alto grado nella milizia, d'anni 50, è affetto da varici e da dermatosi generale con desquammazioni, punti d'ectima, prurito che s'aggrava d'autunno e primavera e torpore alle mani ed ai piedi. Fu curato dai dottori Fattori e Generali, dopo provato gli arsenicali e l'idroterapia, colla tintura di mais guasto da mezzo grammo fino ad 8 grammi.

Al 17.° giorno della cura si nota la pelle un pò migliorata alle coscie, diminuito il torpore delle dita e dei piedi, che però si riprende al 23.° giorno; al 50.° molta desquammazione e diminuito il prurito, fenomeni che sono andati sempre aumentando con miglioramento dell'ammalato; al 98.° giorno comparve nausea, tanto che si dovette diminuire il rimedio e più tardi sospenderlo; al 128.° giorno l'individuo era quasi completamente guarito dalla forma cutanea. (« Giornale delle Malattie Cutanee », 1874).

V. Vasco, di Cottozzeo, contadino, è curato dal prof. Scarenzio per eczema impettiginoso alla gamba sinistra, dopo varii rimedii che non riescirono utili, con tintura di mais guasto che non produsse se non sulle prime, rutti e fame, 10 giorni dopo peso allo stomaco ed enteroragia; 12 giorni dopo maggior arrossamento e prurito e recidiva di resipola.

Dopo 23 giorni diarrea, disappetenza, orine rosse; dopo 45 giorni è guarito.

Ricerche sull'alimentazione dei contadini; del dott. A. Pavesi.

In un cascinale presso Melegnano nel giorno 15 marzo si distribuivano dai fittabili ai contadini, in riso, fagiuoli, erbaggi, sale e mais in pane, del peso di chilogr. 1. 35, tanta sostanza che corrispondeva in

Amido	grammi	992. 30
Materie proteiche	»	160. 16
Sali minerali	»	22. 73

Invece a Legnano calcolandosi per una famiglia di 6 persone

Pane giallo	chilogr.	6046
Riso	grammi	835
Fagiuoli	»	400
Lardo	»	1512

120 scodelle di minestra composta di

Acqua	chilogr.	92
Riso	»	20
Fagiuoli	»	14
Erbaggi (verze)	»	8
Sale	»	3.00
più mais	»	1.35

per 60 persone; contenendo secondo Hoppe Seiler, il mais

70 per 100 di grasso e amido
10 » di materia proteica
1,5 » di cenere

ne risultava in media che ciascuno di questi contadini ingeriva:

Amido	grammi	527
Materie proteiche	»	40
Sali minerali	»	12

Per comprendere il valore di queste cifre occorre pensare che un soldato in tempo di pace abbisogna di 125 gr. di albumina di cui 1/4 sotto forma di carne — in tempo di guerra sotto grandi lavori abbisogna di 140 a 148 di cui la metà sotto forma di carne.

Se la causa della pellagra fosse nella deficienza d'azoto dei cibi dovrebbero esserne dunque colpiti gli abitanti di Legnano ed esenti quelli di Melegnano il che non accade.

Essai sur la pellagre observée a Corfou; par C. Pretenderis Thypaldos. Prof. de Cliniq. Med. Archyatre. Athenes, 1866.

Ecco un sunto di questa bellissima Memoria che onora la scienza Greca anzi Europea. L'epoca dell'introduzione del mais a Corfù non è precisabile, tanto è remota. — Nel 1797, il nostro Botta nella storia medica di Corfù (Milano 1823) parla della coltura del mais già inveterata nel paese. — Il più vecchio contadino interrogato dal dott. Typaldos non si ricorda altro pane essersi usato nel paese che di polenta Αραβόσιτος (frumento arabo); è un pane fatto di farine gialle cotte al forno in

grandi forme piatte che si conserva per tutta la settimana e vien detto barbarella. — Fresco, è buono, secco, diventa pesante. — Finora tutti i villaggi che hanno presentato pellagrosi usano per alimento quotidiano essenziale, la Barbarella. — I 50 pellagrosi di cui l'Autore raccolse le storie, tutti aveano mangiato mais guasto. — Alcuni che erano ricchi lo mischiavano ad altri alimenti più sostanziali, i poveri però quasi mai. Questo fatto spicca di più quanto più si va approssimandosi a Corfù.

In vicinanza a villaggi di pellagrosi ve ne hanno di immuni e sono quelli in cui non si mangia *mais*. — Così a *Giamrades* ove si mangia sorgo, così a *Crini* ove usano orzo; nel distretto di Leshimni, si mangia mais che viene dalla Albania detto Σχιξα, ma insieme pan di frumento e pesce; in questo distretto esiste un solo paese con due pellagrosi, i quali sono i più poveri e si nutrono di *Barbarella* (mais). L'Autore qui giustamente soggiunge, noi non possiamo spiegare questa influenza perniciosa del mais, colle teorie chimiche, perchè se anche fosse, che non è certo più scarso di azoto del frumento, lo è molto meno del sorgo della segale, ove i paesani che mangiavano sorgo non sono pellagrosi.

Qual'è la vera causa? — Per molti anni i Corfiotti mangiarono mais senza danno — solo da 20 anni patiscono la pellagra. La raccolta del mais fu sempre insufficiente, ma se ne faceva venire un supplemento dall'Epiro e dalla bassa Albania, ove è buono del pari che a Corfù perchè anche lì si raccoglie nei mesi secchi — luglio il più tardi in settembre. — I paesani mangiano il meno maturo subito ed il maturo lo seccano al sole e poi lo mettono in botti per conservarlo dall'umidità — poi lo sgranano mano mano secondo il bisogno. — La conservazione è favorita dalla buona esposizione geografica 39,35 latitudine bor., 17.34.36 longitudine Tuttavia qualche anno, come il 57, pioggie straordinarie hanno guastato il mais. Ma tutto ciò non basta a spiegare la diffusione della pellagra.

Ma ecco cosa avviene: la raccolta del mais essendosi ridotta sempre più insufficiente per estensione di coltura delle vigne, non bastò più il mais di Albania, che è ben conservato, ma se ne fece venire non solo dalla Romagna ma anche dalla Grecia e più ancora dai Principati Danubiani e dalla Macedonia, dai quali due paesi arriva sempre in pessimo stato per la lunga dimora in mare. Ed eccone un'altra prova. — Ad Agraphus non si conobbe pellagra fin quando il mais bastava per l'alimentazione del paese. — Negli ultimi 7 anni non bastando più se ne dovè comperare e la pellagra comparve in modo che ora vi sono 9 pellagrosi sopra 600 abitanti.

La pellagra essendo di recente origine egli non potè riscontrare che un solo caso di ereditaria; era un lattante figlio di madre pellagrosa.

Su 27 villaggi popolati da 15,488 individui il numero dei pellagrosi sale a 81 — 64 femmine e 16 maschi. (Dulkades presenta 19 pellagrosi su 500).

Quanto al sesso predomina il femminino, 39 a 11, perchè più povero

e più affaticato, e men consolato da vino, ecc. — come è qui anche da noi.

Nessuna influenza esercita il sucidume, essendo le abitazioni nettissime.

Nè molta la povertà, trovandosi nella città molti poveri ma che non son pellagrosi. « In mezzo ai grandi centri, soggiunge con eloquenti espressioni l'Autore, a lato dell'opulenza e del fasto scorrono torrenti di lagrime versate dalla fame e dalla miseria, ma quelli che ne sono martiri non divengono perciò pellagrosi. »

Le pene morali potranno contribuire, collo spossarvi l'organismo e affrettare, aggravare le manifestazioni pellagrose, ma non certo col provocarle. Così l'Autore vide una donna di Agraphus in cui i sintomi pellagrosi s'erano aggravati dopo la morte del figlio.

Le fatiche eccessive non si possono dire causa di pellagra.

A Corfù si coltiva l'ulivo che esige pochissima fatica. Il contadino vi è pigro e d'altronde tutti lavorano allo stesso modo eppure vi sono villaggi colpiti ed altri immuni.

I sintomi della pellagra, che l'Autore studiava colla più paziente e minuta indagine, collimano perfettamente con quelli osservati da me. Su 48 casi, 16 presentavano l'eritema al dorso delle mani — 18 al petto — 6 agli avambracci — 6 ai piedi che appartengono ai villaggi ove si costuma andare a piedi ignudi. — Uno solo, che per la povertà andava quasi ignudo, mostrava l'eritema sul dorso, sul collo, sugli arti, il che mi ricordo di una meretrice cretinosa della Valle di Bergamo, la quale esponendo le membra inferiori e ventre spesso al sole, pel suo infame mestiere, presentava un eritema alle coscie e alle grandi labbra, che fu sulle prime ritenuto per sifilitico. — Due soli presentavano alterazioni delle unghie, quattro notevole emaciazione delle mani, per cui la pelle era accollata sull'osso. L'eritema apparve in primavera in 22 sopra 49 fra cui 12 in marzo, due volte apparve in febbrajo, due in autunno e si ripetè l'altro anno nella medesima epoca. — Le donne portando un turbante che scende alle spalle non presentano l'eritema alla nuca.

39 su 50 presentarono fin dal principio debolezza muscolare in ispecie agli arti inferiori; si occupano se obbligati, ma con pena e sono sempre stanchi; più tardi diventano paralitici (1). In molti oltre a debolezza vi ha vertigine, titubazione, vacillazione, come fossero ebbri.

3 presentavano tremori alle gambe, 2 tremavano con tutto il corpo.

4 soli avevano spasmi muscolari e crampi.

5 si lagnano di dolore alle membra e a tutto il corpo.

12 alla schiena, 1 insieme a dolori intercostali.

4 formicolio.

6 si lagnano di cuociore ardente ai piedi ed agli arti superiori — all'interno della testa — al petto.

5 alternante con freddo — 3 solo freddo, brividi (contraddizioni che

armonizzano col fenomeno delle sensazioni contradditorie già da me verificate).

13 di cefalea o di inquietudine da sensazioni di corpi stranieri nel corpo.

25 tinnito alle orecchie.

4 ambliopia — 3 diplopia — 1 amaurosi.

3 insonnia — 1 insieme all'avversione pei figli.

In genere accasciato è il morale; sfuggono il lavoro; più tardi si fanno melanconici (7); amano la solitudine (3); diventano taciturni (4); tormentati da idee tristi (3), rispondono lenti e quasi forzati; così passano fino alla disperazione sino a volersi gettare dalle rupi (1); 2 presentarono indebolimento della memoria. « Vado (uno diceva) a far qualcosa e poi non so che faccia. » — Uno sentiva impulso a mordere i figli. — Uno sortiva da casa senza saper perchè. — 10 volte erano divenuti pazzi; 4 al primo anno, 3 nel secondo, 1 al quinto; il delirio era sempre triste; disgusto della vita; tendenza al suicidio per allucinazioni; demenza paralitica; soffrirebbero la fame pur di non parlare; alle volte la tristezza si alterna con eccessiva gajezza e loquacità.

1 solo presentò sintomi tifoidei.

Il decorso era come ai nostri, saltuario d' inverno se il male restava latente ma alla primavera compare diarrea, continua debolezza, vacillamento, ecc.

3 volte su 50 si notò gonfiare le gengive, 29 volte lingua screpolata, 21 scialorrea.

2 si lagnarono di gusto salato, 2 di amaro, 4 di sete.

4 presentarono fame insaziabile, 1 solo ribrezzo pel pane di mais.

8 borborigmi, 1 nausea, 3 pirosi, 2 gastralgie, 7 peso enorme all'epigastrio.

10 soli diarrea, in 5 fin dal principio del male, 2 agli ultimi anni del male.

24 disturbi nella digestione.

4 su 15 aveano disturbi mestruali.

8 volte sole notò profonda denutrizione, 2 fin dal principio del male 5 ad epoca avanzata.

2 soli tubercolosi.

28 presentavano aspetto scolorato del viso, 2 cereo.

19 presentavano al 1.° tempo soffio sistolico col massimo di intensità all'orificio aortico.

6 di palpitazione, 11 rumore di soffio ai grossi vasi e 2 rumore del diavolo.

La cloroanemia si prenotò 6 volte fin dal principio del male; e percorse anche passati gli accessi.

Su 55 pellagrosi 9 morirono, 1 solo guarì, 9 offersero sintomi di miglioramento essendo il male al principio.

La pellagra benchè in proporzione scarsissima fa capolino ora in tutta la penisola greca, certo a Missolungi, a Siphnos.

Quanto a Corfù la data della prima comparsa si precisa al 1837.

L'opera dell'illustre Typaldos, più originale di quella di Roussel, più completa e scientifica di tutte quante l'altre dal lato clinico, segnò un vero passo di più nella pellagrologia, e per quanto tocca a noi italiani ha un doppio interesse perchè si mostra a giorno di tutti i nostri lavori e minutamente li cita.

Da lettere private sappiamo che a Bukarest lo Scheiber venne agli stessi risultati miei e del Pretenderis — risultati che presto si pubblicheranno nel Giornale di Auspitz e Pick.

Relazione della Commissione nominata del R. Istituto Lombardo per esaminare e riferire intorno agli esperimenti del prof. Lombroso; del dott. Biffi. Milano, 1875.

L'egregio dott. Biffi relatore della Commissione del R. Istituto Lombardo per riferire sulle mie esperienze, in ispecie sull'olio di mais guasto, dopo una serie di accuratissime esperienze venne alle seguenti conclusioni:

« 1.° I polli mangiano mal volontieri il grano e la farina dello *zea mais*, quando è alterato in modo straordinario. Essi però, alimentati per lunga pezza con quel grano e con quella farina, non offersero nessun disturbo della motilità e, in generale, del sistema nervoso; nè veruna alterazione della cute, delle penne, della cresta, dei barbiglioni; alla autossia presentarono visceri sani.

2.° I pochissimi polli che morirono durante il corso di queste esperienze, anch'essi non presentarono in vita verun sintomo speciale della pellagra, e la loro morte parve dovuta ad alterazioni estranee alla ingestione dello *zea mais* guasto.

3.° L'olio dello *zea mais* artificialmente guastato venne senza nessun nocumento ingojato dai polli alla dose quotidiana di oltre 7 grammi, e per lunga pezza. Anche l'olio estratto chimicamente dallo *zea mais* assai alterato, potè essere preso impunemente da un piccione, alla dose di 3 grammi al giorno.

4.° L'olio guasto di *zea mais*, dato a dosi assai elevate e ravvicinate, perfino di 20 grammi per volta, non arrecò verun movimento coreico, nessun turbamento dell'incesso, ma addusse appena in modo fugace un po' di diarrea e di sete accresciuta, e un lieve aumento della temperatura interna. Identici disturbi furono provocati da uguali dosi d'olio assai guasto di *zea mais* fornitoci dall'Autore; non che dell'olio sano d'oliva.

5.° La sostanza attiva o tossica dello *zea mais* guasto, quella almeno che ottenemmo col processo Dupré, amministrata a un piccione a dosi a mano a mano crescenti da 3 a 12 grammi, solamente all'ultima dose più elevata adduce un fugace stordimento. Gli stessi incomodi vennero provocati da uguali dosi d'olio sano d'uliva. »

Sarebbe irriverente e contrario alla severità del metodo sperimentale il prendere a critica, solo teorica, questa memoria, l'unica importante che sia sorta da molti anni contro gli avversarii della teorica pellagrologica moderna. — Possa sempre la reazione scientifica armarsi di così nobili forme! Il bravo dott. Biffi, con una modestia, che in questo caso è eccessiva, viene alla conclusione che con ciò egli non intende risolta la teoria sull'eziologia pellagrosa. Noi gli diciamo francamente: È precisamente il contrario. Se giuste sono le sue conclusioni, la teoria moderna della pellagra, la quale ha già, e non ha duopo più di cercarlo, l'appoggio degli esami clinici, anatomo-patologici e dai fatti agronomici, viene scalzata del tutto.

Ma che fortunatamente ciò non sia, anche prima che io intraprenda la risposta critica che deve essere tutta sperimentale, lo dimostrerà la lettura di queste poche righe che ci provano quale spirito abbia presieduto se non nelle ricerche, perfettamente leali ed oneste, certamente nelle conclusioni, spesso perfettamente opposte alle esperienze stesse.

A pagina 8-9:

Sopra 4 galline esperimentate col mais guasto 2 sono morte, la prima dopo sei mesi e mezzo, la seconda dopo 13 giorni; la prima negli ultimi giorni era melanconica, rifiutava il cibo e presentava all' autopsia marcata denutrizione; organi del circolo, del respiro e digerenti sanissimi; alcune spiroptere nel preventriglio; ovaja ed ovidotti ingrossati; saldati tenacemente fra di loro (per essudato flogistico) infiltrati di pus caseoso e ripieni di una poltiglia densa, bianco-giallastra, d'aspetto osseo-fibrinoso (ooforite essudativa); la seconda fu sempre melanconica con poca volontà di cibo, leggiera diarrea, voce rauca, però ordinata nei movimenti. Alla sezione si trovò coperta di una grande quantità di pidocchi sulla cute; mezzo grano di mais nella rima laringea; buon numero di ascaridi nel tenue, che è qua e là disseminato di placche iperemiche, di esulcerazioni ed ecchimosi sottomucose, massime all'ultima porzione dell'ileo. Ispessita ed iperemica era la mucosa del duodeno.

Si noti però che una terza uccisa dopo 7 mesi presentava due tenie, una placca del Peyer rialzata e lieve adiposi del fegato.

A pagina 19:

I pochissimi polli che morirono durante il corso di queste esperienze anch' essi non presentarono in vita verun sintoma speciale della pellagra, e la loro morte parve dovuta ad alterazioni estranee alla ingestione dello zea mais guasto.

Secondo il relatore una sostanza dopo la somministrazione della quale muojono due volte sopra 4, ed un terzo presenta adiposi epatica, e che in una delle quattro produce melanconia, sitofobia e diarrea, e alla sezione iperemia del tenue, esulcerazioni dell' ileo, ispessimento ed iperemia della mucosa del duodeno, non si dimostrò nociva, non provocò nessun sintomo speciale della pellagra.

Sull'anatomia patologica del gran simpatico; del dott. Foà.

Foà, in quella sua Monografia *Sul gran simpatico*, 1874 fece due scoperte che hanno molta importanza nella pellagrologia. Nella pellagra ordinaria egli trovò le cellule gangliari fortemente pigmentate, come avevamo trovato io e Golgi, ma più ancora sparse di cellule adipose (1); di più egli rinvenne grande iperplasia del connettivo interstiziale con degenerazione grassa dei corpuscoli fusiformi; si avrebbero così riconfermati i segni di una senilità precoce che si ritrovano in molti altri visceri.

Ma più importante ancora è lo studio dei fenomeni offerti nel tifo pellagroso, affatto diversi da quelli della pellagra comune. Su lo stroma reticolare del ganglio si mostra infiltrato abbondantemente dei globuli bianchi, colle cellule nervose fornite del loro notevole pigmento e più di goccioline adipose, e col protoplasma omogeneo e rifrangente.

Si direbbe, dice egli, in questo caso rappresentato un processo acuto innestato su un processo cronico, ossia lo stroma sclerosato della pellagra essersi convertito nel connettivo reticolato coll'iperplasia dei globuli bianchi nel tifo pellagroso. Questo reperto conferma la grande distinzione che esiste dalla 1.ª alla 2.ª forma, mentre ambedue confermano l'origine infettiva o tossica della pellagra avendosi negli avvelenamenti acuti e nei cronici le stesse alterazioni.

Sulla sostanza attiva della segale cornuta; di Buchheim di Giessen.

Viggers, 1832, credeva avere trovato la sostanza attiva della segale cornuta nell'ergotina; Schroff dimostrò che quella sostanza ha i medesimi effetti dell'estratto officinale acquoso; Kohler trovò che ambedue esercitano la stessa azione sui cuori e sui vasi promovendo l'eccitabilità dei nervi periferici sensorii e motorii.

Wenzel credè d'avere trovato insieme ad un acido volatile due alcaloidi che chiamò ecbolina ed ergotina; ambedue, di color bruno, sapore amaro, reazione alcalina, si scioglievano nell'acqua e nell'alcool ma non nell'etere e nel cloroformio, neutralizzavano completamente gli acidi e formavano dei sali amorfi assai deliquescenti. Riscaldati impallidiscono e danno odore di carne. Ma i suoi studii vennero combattuti da Rosbach e più di tutti da Haudelin che dimostrò che la sostanza attiva della segale cornuta è sempre contenuta nello estratto acquoso.

Questo venne precipitato coll'acetato di piombo ed ammoniaca per cui la parte attiva rimase nel liquido; evaporato questo, ed allontanato il piombo, restò una sostanza siropposa e poco solubile nell'alcool assoluto, che non si trasforma alla presenza della soda o dell'acido acetico. Nell'alcool si scioglieva con una piccola quantità di acido acetico.

Le ultime indagini sulla sostanza attiva della segale cornuta sono di Wernig. Egli attribuisce la parte attiva all'estratto acquoso e specialmente ad un acido; ma se si guarda alle sue ragioni, si vede che la

(1) Vedi Lombroso, « Natura, cause e terapia della pellagra ». Bologna, 1871.

parte attiva della segale cornuta non si può attribuire ad una base e nemmeno ad un acido.

I componenti della segale cornuta sono quelli della segala. Quali modificazioni chimiche vi ha prodotto il micelio fra le sostanze inorganiche? Nessuna tranne una maggiore ricchezza in acido fosforico nelle ceneri.

La cellulosi della segala cornuta ha un diverso comportarsi verso il jodio e l'acido solforico, è molto più ricca in grasso, circa 35 a 31 per 100. Questo è quasi incoloro, con odore rancido, comincia a resinificare a 0 e resinifica completamente a 25-30. Nella segale vi è poco adipe che s'ispessisce anche alla temperatura ordinaria. Pare contenga oleina e palmitina.

Ambedue i corpi contengono molta colesterina; manca (1) nella segale cornuta l'amido, manca anche lo zuccaro. Se si agita la farina di segale con l'acqua, si ha dopo un certo tempo un coagulo di albumina e così anche nella polvere di segale cornuta.

Esaminiamo, ora, l' estratto acquoso. Esso viene ottenuto con acqua fredda perchè la sostanza attiva facilmente vi si scioglie.

Se si porta l'estratto di segale cornuta in un dializzatore, si evapora la sostanza dializata in piccolo volume, e se si tratta con alcool si hanno dei piccoli cristalli.

L'estratto di segale cornuta dà una reazione acidissima, perciò l'injezione della segale cornuta produce così vivi dolori ed infiammazioni.

Volendo conoscere quali sieno questi acidi, gli analizzai e mi risultano essere di lattato di calce.

Riscaldando l'estratto con latte di calce in abbondanza si ha dell'ammoniaca e della trimetilamina. La soluzione filtrata ottenuta dal lattato di calce, fu evaporata per cacciarne l' alcool, poi disciolta nell'acqua e trattata coll' acetato di piombo ed ammoniaca fino che se ne ebbe un precipitato.

Una soluzione di questo precipitato, filtrata, venne trattata col carbonato d'ammoniaca, ecc., se ne cavò un corpo che aveva tutte le proprietà della leucina.

Il sciroppo bruno ottenuto dalla leucina, filtrata dimostrò la solita; azione sull'epitelio vibratile della rana.

Anche Handelin attribuiva tutta la sostanza attiva alla segale cornuta depurata coll'acetato di piombo. Noi abbiamo certamente in questo liquido i principali componenti della segale cornuta.

Come siamo avvezzi a chiamare ergotina la sostanza attiva della segale cornuta, così possiamo dare questo nome a questa sostanza la quale si risolve nei componenti minerali e in leucina.

Chimicamente questa sostanza ha la massima analogia colla gelatina animale che se ne distingue per la sua maggiore affinità per l' acqua

1) Secondo studi credesi del Pollacci l'amido non mancherebbe.

e per la maggiore solubilità nell'alcool. Ambedue danno i medesimi precipitati con l'acido tannico.

Non vi è alcun dubbio che nell'ergotina noi abbiamo da fare col glutine della segale trasformato dal micelio.

Credendo che l'ergotina contenesse le parti più attive della segale cornuta, gli studiosi non pensavano al resto della segale e si fermavano su quella. Ma Wigser ben giustamente chiamò quella sostanza osmazoma; è precisamente in quella sostanza in cui Weizel trovava due alcaloidi, fondandosi sul precipitare dell' ergotina in una soluzione di sublimato.

Le sostanze, le quali nei grani di segale hanno formato il glutine, sotto l'azione del micelio, si trasformano fino a che danno leucina, ammoniaca, trimetilamina.

Noi crediamo, che coll' azione del fungo, si hanno gli stessi processi come colla putrefazione dei corpi albuminosi. In ambedue i casi le sostanze albuminoidi vanno soggette ad una trasformazione, ed i prodotti dimostrano altra proprietà. I termini però di queste serie sono eguali. L'attività della segale cornuta è in rapporto con questa particolare decomposizione; quindi la dobbiamo contemplare nelle sostanze putride o septiche; forse nel sangue che putrefa noi potremo trovare un'azione analoga.

Già Handelin aveva trovato molta analogia fra la sostanza putrida e quella della segale cornuta; così ambedue producono febbre.

La moderna patologia ha emessa l'ipotesi che molte malattie dipendono dalle decomposizioni dei tessuti prodotte da funghi; finora si conosceva la contemporanea presenza della malattia e del fungo ma non di più. — Colla segale cornuta si fa un passo di più. Qui le sostanze albuminoidi, sotto l'azione di un fungo, hanno sofferto tali trasformazioni al di fuori dell'organismo da produrre nel nostro corpo una vera malattia, l'ergotismo.

A prima entro alcuni lettori faranno le meraviglie come in una rivista di pellagrologia si parli di segale cornuta. Ma a chi vi mediti sopra troverà in queste esperienze sulla segale la chiave delle spiegazioni sui fenomeni del mais guasto. Anche qui i funghi vennero trovati dal Lombroso non essere che un indizio della malattia del grano, essere innocui per sè, mentre la sostanza tossica attiva risiedeva in tutto il parenchima del mais guastatosi putrefattosi. S'aggiunga ora le nuove sperienze di cui farò parte presto, mi dimostrano che quella tintura di mais così utile nella psoriasi, si mostrò sempre più attiva quando non ci accontentavamo ad un guasto superficiale, ma lo facevamo completamente putrefare.

Inchiesta agricola sul mair e la pellagra. — Strina, Fulcheris, Zogno, Rouzé, Segré, Bergonzoli, Bonora, Zonca, Camozzi, ecc. 1875.

Sotto il titolo *Inchiesta agricola* il dott. Lombroso raccolse una quantità di comunicazioni e di monografie che gli vennero offerte in varie

riprese e in maggior copia, poi, in una specie di meeting scientifico da lui provocato con una lettura: *Mais e pellagra in Pavia*. Eccone alcune:

Dott. *Strina* (Lacchiarella). — Il mais si mangia in pani piccoli; si raccoglie secco; ma qualche anno si ammuffisce, perchè si pospone alla raccolta del riso; poco i contadini ricorrono dai fornai.

Vi sono varie specie di contratti agrarii. — Lavori alla scarsa, che è un tanto al giorno in denaro. — Lavoro obbligato, tanto in denaro, 2 minestre al giorno; 1[4 del melicone. A Lacchiarella son tutti lavoratori obbligati meno i braccianti, nomadi o piazzee. A Tornaco tutti alla scarsa. — Ci è più pellagra a Tornaco che a Lacchiarella.

Volpi (Zogno). — Non v'è pellagra. La polenta non vi si fa in pani. D'inverno emigrano come carbonaj.

Dott. *Cella* (Cascina Giojetta presso Antignate, 1873). — Molte famiglie che mangiarono polenta guasta divennero pellagrose.

Dottor *Ranzi* (Mirabello Lodigiano). — Nel 1872 i grossi fittavoli presero tutto il quarantino guastato per la cattiva stagione ne diedero ai loro contadini non solo per cibaria della stagione (4 staja) ma per tutto l'anno ossia 48 staja per famiglia. — S'ammalarono molti di coliche, e poi di pellagra. — Andai dal Sindaco Pedr..... che fece quanto potè per temperar il male.

Dott. R.... — Io era, parecchi anni or sono, medico condotto a Zinasco; ove un anno che i fittavoli davano ai loro sottomessi solo mais guasto; ne fecero ammalare molti di diarrea, e cefalea. Io m'indirizzai al buon cuore di molti, mostrando i grandi danni di quell'uso e mi risposero: « Tendessi ai miei affari se non voleva andar via. » — Però una donna pia, moglie di uno di quegli, si impietosì e indusse il marito a mutare il mais ai contadini che furono fra i pochi esenti dai mali.

Il signor *Segré* scrive aver raccolta in Cervisina, paese ove non avvi pellagra e non si usa mais guasto un proverbio curioso « Melga bona fa pollaja bona — melga grama fa pollaja grama » e che alcuni parrocchiani per far dispetto ad un curato di là sostituirono ogni notte nella stia mais guasto ed i polli ne morirono.

Fulcheris (proveniente dal Messico) mostra come il mais si mangia nel Messico sempre fresco anzi appena colto. — Come se ne usi più come companatico che come pane — che s'immagazzina bene solo, però, per uso della semenza — che il guasto si dà ai cavalli che usano molto mais perchè vi scarseggia l'erba — e che ivi i veterinarii gli domandavano se anche in Italia i cavalli pativano come là di spellatura, diarrea, sonnolenza, paralisi, in seguito all'uso del mais.

Sopra 26 pellagrosi che si poterono interrogare sul modo di alimentarsi e sulle conseguenze che il mais guasto produce, il dott. Bergonzoli stenografò le risposte: Di questi 5 rispondono di non avere mai mangiato polenta guasta, ma poi convengono d'averne mangiato qualche

rara volta (uno 18 anni fa), un altro domandato se era buono il pane giallo che mangiava rispose che era guasto.

3 altri convengono di avere mangiato del gramo per più o men lungo tempo.

Un altro dice che qualche volta solo gli hanno mescolato del guasto al buono.

Un altro da ultimo dichiara che non aveva mai mangiato melica guasta, ma sì il pan giallo che si guastava e provocava diarrea. = Tutti gli altri (16) ricordano avere mangiato mais guasto ed averne provati effetti disastrosi.

Tutti questi interrogatori, anche di quelli che appena convengono di averne mangiato qualche volta, provano la causa della disattenzione del contadino; ed è che alle volte è molto lontana l'epoca in cui ne hanno mangiato; molto più spesso invece, l'uso è stato così continuato che a loro parve la più naturale cosa del mondo e non degna di un'attenzione speciale.

Eccone due esempi:

Mazza Maria Rosa, d'anni 46, da Gorlasco, entrata il 29 giugno 1874 coi sintomi più spiccati della pellagra, interrogata:

D. Avete mangiato mai melica guasta?

R. Oh!.... niente affatto.

D. E di melica amara ne avete mangiata?

R. Ma no.

D. Ma nel 1865 non era tutta amara?

R. Ma sì..... in allora ne mangiammo, ma adesso è buona. I bottegai non rare volte ce la vendono guasta perchè a credito, non pagandola noi che una volta all'anno.

D. Perchè non protestate?

R. Ma..... nessuno comincia.

Navoni Maria, di Gambolò, pellagrosa, divenuta quasi demente ed in preda a convulsioni cloniche, epilettiformi, qualche volta rifiuta il cibo, perdita delle orine, malattia incominciata da 3 o 4 anni, con cefalea, dolore allo stomaco, amenorrea e tentativo di fuga.

D. Avete mai mangiato melica guasta?

R. Sì ne mangiammo 2 annl fa, quando si ebbero pioggie abbondanti; in tutto il paese non vi era che melica guasta.

D. Cosa sentivate quando mangiavate quella polenta?

R. Noi non ne abbiamo mangiato che poco o niente.

D. Quanti sacchi insomma ne mangiaste?

R. 15 o 16; 8 di dispensa ed 8 che avevamo raccolto.

D. Cosa sentivate dopo?

R. Bruciore allo stomaco, mal di ventre e rutti.

D. E la forza com'era?

R. Poca la forza, perchè il pane era gramo.

D. Cde disturbi vi dava questo pane?

R. Ne mangiavamo poco perchè era gramo.

D. Cosa ne facevate del grano che non mangiavate?

R. Lo buttavamo via.

D. Dite un po' il vero; parlate sincero, cosa ne facevate?

R. Lo davamo alle bestie.

D. Ma lo davate sempre alle bestie?

R. Oh!.... qualche volta bisognava mangiarlo noi perchè le bestie non lo volevano.

D. Ne mangiava anche tuo marito?

R. Sì.

D. Cosa provavi dopo averne mangiato?

R. Prurito, bruciore allo stomaco, e qualche volta calore alle mani.

D. Dimmi un pò; mangiaste, mai, la melica cattiva anche prima di due anni fa?

R. Sì.... quando ci furono quelle grandi pioggie.

D. Quanto ne avrete mangiato?

R. 8 sacchi circa.

Il signor Bonora comunica che nella cascina Ticinella si usa assumere i contadini oberati, i quali sono costretti a lavorare pel solo vitto che è spesso di melica guasta. Molti ne muojono di pellagra, e la Cascina ricevette il terribile sopranome della Mantova.

Zanca di Vilimpenta comunica che i contadini mangiano mais in polenta, poche volte in pane misto a farina bianca, pane che non si conserva più che in una o due giornate, che la pellagra vi domina moltissimo; e non si ricorda d'aver veduto mais guasto.

De-Franceschi nelle sue terre del Mantovano si usa pane di frumento biscotto e di miglio, polenta, poco vino e patate, molta pasta. Terreni duri, frequentemente innondati per lo straripamento dei fiumi e per le molte altre sorgenti. Vi dominano miliare, tifo e pellagra. Nel suo piccolo paese vi sono 12 pazzi.

S. Martino all'Argine nella Provincia di Mantova: il sig. Cattaneo comunica che il vitto si compone di cipolette e acciughe; i bifolchi hanno diritto a 9 sacchi di mais, 3 di frumento, olio da ardere, 50 lire del salario ed 1[6 del prodotto. Il mais marcisce di raro e nel caso viene spedito a Milano per gli spiriti. Molti emigrano e guadagnano fino 5 a 6 lire al giorno; rarissimi i casi di pellagra, ne ha visti anzi colpiti solo i mendicanti a cui si dava le polenta muffita.

Fontana del Lago d' Iseo, Moravine, si mangia tre volte al giorno polenta, ma non v'è pellagra. Esistono nel paese setificii che rendono 4000 lire al mese ai lavoranti; guadagnano le donne cent. 60, gli uomini lire 1. 25 al giorno.

Il dott. Tassani comunica una statistica inedita sulla pellagra della provincia di Como, da cui risulta il massimo della pellagra essere attualmente 8 per 100 a Cazzago Brebbia, mandamento di Gavirate; il 6 al 7 per 100 in

Galliate, Galbiate e Crosio, mandamento di Varese ed Appiano; segna il 5 per 100 a Brenno Useria, a Brunello e Capolago, mandamento di Varese; il 4 per 100 a Bodero, Casanova, d'Uggiate; sortirono il 2 al 3 per 100 a Bizzarone, mandamento di Como; a Biandronno, Bogno, Barza, Olgiate, Sabbioncello, Rovellasca, Schiano, mandamento di Varese; per cui i mandamenti di Varese sono i più colpiti al contrario di quanto alcuni buccinano. Anche in Valcuvia ne son colpiti alcuni comuni confinanti col mandamento di Gavirate come Citilio e Gemonio. Già nel 1865 il Tassani aveva mostrato come Capiago e Galbiate in riva al Lago di Varese avevan dato il massimo dal 7 all'8 per 100, mentre tutta la Valsassina aveva 12 pellagrosi in tutto; la città di Como ne aveva 30.

I paesi più colpiti sono Azzate, Lomnago, Brunello, Crosio, Cassiago e Cazzago Brebbia.

RIVISTA SIFILOGRAFICA

del dott. PADOVA.

Malattie veneree semplici.

De Paoli — *Delle emorragie nel corso dei bubboni e del bubbone emorragico.*
T. Barié — *Della moltiplicità dell'ulcero semplice nella donna.*
Beauvais — *Della balano-postite parassitaria nella glicosuria.*

Malattie blennorragiche.

A. Bonniere — *Nuovo ricerche sulla blennorragia.*
Henry-Lee — *Gli scoli uretrali sifilitici.*
B. Tarnowsky — *Relazione sulle malattie veneree.*
R. Campana — *Endoscopia binoculare.*
Grünfeld — *Dell'esame endoscopico dell'uretra e della vescica.*
Ch. Feuger — *Della cura locale della blennorragia cronica e del reumatismo blennorragico a mezzo dell'endoscopio.*
Morisson — *Blennorragia ombelicale.*
Lamarre — *Della cura dello stato acuto della blennorragia coll'haschich e coll'acido benzoico.*
Gazeau — *Del solfato di cadmio nella blennorragia cerebrale acuta.*
Ferrand — *Il miglior modo di usare del cubebe e degli olii-resina nella cura dell'uretrite.*

Pirovano — *Contribuzione alla cura dell'uretrite blennorragica colle injezioni di idrato di cloralio.*
Bligh — *Impiego del bromuro di potassio nella blennorragia.*

Malattie sifilitiche primitive.

Lewin — *Infectio sine coitu.*
Tanturri — *Sull'eterogenia dell'ulcera non sifilitica.*
Rollet — *Della sifilide inoculata.*
Ant. Nystrom — *La balano postite in riguardo all'ulcero, e sua cura generale.*
Profeta — *Sull'ulcero infettante cefalico.*
P. Gamberini — *Duodecimo rapporto politico-amministrativo-clinico sulla prostituzione in Bologna.*
A. Desprès — *Trattato teorico e pratico della sifilide, o infezione sifilitica.*
Dubue — *Dell'ulcero sifilitico multiplo erpetiforme.*
Schwartz — *Studio sull'ulcero del collo uterino.*
Soresina — *Intorno a due lettere del dott. Gamba sull'incubazione dei sintomi terziarii.*
Bardinet — *Sifilide comunicata dalle dita di una levatrice.*
Taylor — *Sulla quistione della trasmissione del contagio sifilitico nel rito della circoncisione.*
Taylor — *Osservazione clinica di un caso di ulcero cefalico molle prodotto da accidentale autoinoculazione.*
Newius Hyde — *Sopra alcune sorgenti di infezione sifilitica.*
Gamberini — *Affezione contagiosa venerea nei cavalli.*
Gamberini — *L'innesto del virus sifilitico nei bovini.*

Malattie sifilitiche costituzionali.

W. H. Broadbeut — *Lezioni sulle malattie del sistema nervoso d'origine sifilitica.*
Mauriac — *Caso di sifilide gommosa precoce e refrattaria all' ioduro di potassio.*
Petrow — *Sulle modificazioni del gran simpatico nella sifilide costituzionale.*
Oedmausson — *Sifilide ed eritema multiforme.*
A. Duhring — *Della così detta psoriasi sifilitica.*
Ricord — *Delle affezioni sifilitiche della lingua.*
Elsberg — *Occlusione membranosa sifilitica della rima della glottide.*
Godebert — *Sugli stringimenti sifilitici del retto.*
Jonovsky — *Casuistica alla dottrina della febbre sifilitica.*
Weil — *Sulla presenza del tumore di milza nella sifilide recente.*
Fournier — *Tripla paralisi oculare di origine sifilitica.*

Gamba — *Due lettere dirette al Giornale Italiano delle malattie veneree, sulla incubazione dei sintomi terziarii.*

Lane — *Estratto di una lezione sulla sifilide terziaria e la cachessia sifilitica.*

Barety — *Osservazione di atrofia dei muscoli interossei della mano in due sifilitici.*

Fournier — *Gomme del tessuto cellulare.*

De Paoli — *Studii clinici di sifilografia.*

Russel — *Sifilide costituzionale, meningite cronica, atassia, paralisi, ecc.*

Machou — *Della faringite sifilitica.*

Lacombe — *Studii sugli accidenti epatici.*

Simon — *Casuistica della sifilide cerebrale.*

Müller — *La sifilide cerebrale.*

Nasty — *Gomma sifilitica del cuore.*

Bronardei — *Sopra qualcuno degli accidenti sifilitici che possono cagionare la morte.*

Diday — *Nuovo regolamento sulla prostituzione.*

— *Congresso Internazionale di Vienna. — Profilassi della sifilide e regolamento della prostituzione.*

Jeannel — *Della prostituzione nelle grandi città al XIX secolo, e dell'estinzione delle malattie veneree.*

Scutzemberger — *Osservazioni pratiche sulla cura della sifilide costituzionale.*

Sigmund — *Intorno al momento opportuno di incominciare la cura generale della sifilide.*

Hutchinson — *Degli effetti terapeutici del mercurio nella sifilide.*

Profeta — *Dell'impiego del jodoformio nella cura delle ulceri veneree.*

A. Drou — *Osservazioni di innesti epidermici sopra un ulcero sifilitico.*

De-Cristoforis — *Vasta ulcera sifilitica del cuojo capelluto, del naso, ecc. guarita col farmaco del Pollini.*

Stefanini — *Le injezioni di calomelano come diagnostico in caso dubbio di sifilide.*

Efisio Valle — *Delle injezioni ipodermiche di calomelano nelle malattie sifilitiche.*

Zeissl — *Valore comparato della cura della sifilide col mercurio e l'iodio da una parte, e l'aspettazione dall'altra.*

Hutchinson — *Quando e come usasi il mercurio nella sifilide.*

Bonnet — *Alterazioni ossee prodotte dal mercurio.*

Carat — *Uso del joduro di ammonio nella sifilide.*

Hammoud — *Il bromuro di calcio contro la nevralgia sifilitica.*

Lave — *Cura della sifilide terziaria.*

Paget — *Associazione del carbonato di ammoniaca al joduro di potassio nella sifilide.*

Sifilide ereditaria e dei bambini.

Victor de Meric — *Di alcuni modi di trasmissione della sifilide nella vita conjugale.*
Parrot — *Osservazione di rachitide di origine sifilitica.*
Rochebrune — *Di alcune manifestazioni della sifilide congenita, ecc.*
Althaus — *Caso di epilessia infantile.*
Eisenshitz — *Lo stadio latente della sifilide ereditaria.*
Taylor — *Osservazioni cliniche sulle affezioni sifilitiche delle ossa delle mani dei bambini.*
Ballard — *Sifilide infantile.*
Kronid-Slavyanski — *Endometrite placentare gommosa.*
Brebant — *Sifilide ereditaria dal padre al figlio senza infezione materna.*
Shergis — *Eziologia della sifilide ereditaria.*
Laschkewitch — *Sifilide ereditaria tardiva.*
Owre — *Nuovi dati per risolvere la quistione: Da chi, tra padre e madre, si trasmette la sifilide ereditaria?*

Malattie veneree semplici.

Delle emorragie nel corso dei bubboni e del bubbone emorragico; del dott. De Paoli. (*Giorn. It. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

Tratta l'Autore *dell'emorragia del connettivo circostante al bubbone, dell' emorragia dalla sua superficie, e del bubbone emorragico* in tre capitoli separati. Nel primo caso l'emorragia può avvenire nel tessuto lievemente infiltrato che disgiunge la superficie suppurante dalle parti sane, o negli spazj interstiziali fra le singole glandole iperplasiche; altre volte formansi delle raccolte sanguigne più profonde, dei veri seni fistolosi che si dovranno incidere, od anche esciderne gli orli quasi gangrenati. Altre volte ancora quando evvi un' echimosi formasi la comunicazione di questa col bubbone suppurante, ed allora il pus ulceroso può inoculare tutta la sacca ematica e produrre un vero ascesso ulceroso, e il pus tende a farsi strada o all'esterno, o verso il bubbone, od a perforare la pelle coi caratteri dell'ulcero molle.

L'emorragia dalla superficie del bubbone è in rapporto colla forte iperplasia delle ghiandole per le cattive condizioni generali dell'infermo; succedono più spesso nella regione inguinale, e principalmente sotto qualche sforzo, perchè sotto questo il sangue respinto dalla vena iliaca crurale e da questa nelle radici piccole venose della regione inguinale aumenta la pressione sulle loro pareti, e perchè questi vasi ricevono anche il sangue delle vene profonde della parete addominale da cui è cacciato per la forte contrazione delle fibre muscolari in mezzo alle quali decorrono. Ora questi vasi si possono facilmente rompere e con maggior frequenza là ove la resistenza della pelle elastica non modera più l' ef-

fetto della retrospinta. Causa pure di queste emorragie è la compressione praticata sopra un bubbone ma non in modo uniforme, nel qual caso il dolore insorto bruscamente e la rapidità della fluttuazione ne danno certo indizio. *Corollario*: la compressione devesi fare sempre in modo uniforme.

Il bubbone emorragico presentasi dapprima sotto forma mite con un tumore piccolo, che non dà molti disturbi e che presenta poca raccolta; però cresce a poco a poco finchè venga aperto dando uscita a sangue misto a poca quantità di pus, e la superficie interna è ricoperta da fungosità bluastre, ed al centro molte volte stanvi glandole iperplasiche che sanguinano facilmente, le pareti dell'ascesso sono affatto alterate e quasi senza vita, e l'affezione può aggravarsi per le echimosi che formansi ai contorni del bubbone. In questi casi l'Autore ammette una estrema facilità a lacerarsi dei vasi della neoformazione flogistica. Egli ammette nel bubbone emorragico la propagazione del virus ulceroso nelle parti di tessuto in cui si infiltra lo stravaso sanguigno. Quindi presentandosi bubboni emorragici con evoluzione più rapida dell'usato, si potrà tentare l'autoinoculazione col secreto delle loro porzioni formatesi per le ultime; e se questa dà esito positivo, questo trasporto del virus ulceroso sarà evidente.

Come una fra le principali cause di questa specie di bubbone ammette lo scorbuto, e cita tre casi in proposito.

Nella terapia bisogna quindi tener d'occhio al generale dell'individuo; e nella cura locale allora quando vi è suppurazione inciderlo ampiamente e modificarne la superficie interna, ciò che il prof. Gamberini fa o col liquido del Pagliari o del Piazza, o coll'applicazione di un sottilissimo strato di potassa caustica polverizzata sulle fungosità se resistettero ai sopradetti mezzi di cura.

Se l'iperplasia delle glandole sia rilevante il Gamberini le distrugge.

1.° Coll'escisione;

2.° Colla loro enucleazione col mezzo del dito;

3.° Colla cauterizzazione.

Della moltiplicità dell'ulcero semplice nella donna; per E. Bariè. (*Annales de dermatologie et de syphiligraph.* Tom. V° N. 5).

L'Autore all'appoggio di dati statistici di Fournier, di Debauge e di 5 osservazioni dettagliate da lui osservate nel servizio dello stesso Fournier, cerca di provare che l'ulcero semplice è abbastanza *raramente unico* nei due sessi, che il più sovente è multiplo, ma questa multiplicità è molto più grande nella donna che nell'uomo.

L'ulcero semplice forma frequentemente nella donna dei numerosi gruppi, vere plejadi di lesioni ulcerose a diverso grado di sviluppo, e tende sempre a moltiplicarsi per inoculazioni di vicinanza. E ciò lo prova per la disposizione anatomica delle parti della donna in confronto con quelle dell'uomo.

Nei dati statistici esposti dall'Autore rilevasi che alcune ammalate

presentarono da 15 a 45 ulceri semplici, e che in due casi, estremamente rari per altro, il numero degli ulceri semplici si elevò a 72 e 75.

Della balano-postite parassitaria nella glucosuria; del dott. Beauvais. (*Gaz. méd. de Paris* 1874).

Il dott. Beauvais richiamando come Gubler avesse pel primo trovato che per la fermentazione acetica subita dalle orine che si fermano nel sacco prepurziale dei diabetici, ne può succedere un ardore delle parti e prurito da condurre al fimosi, e che tale fermentazione è devoluta alla presenza di spore di mucedine nei prodotti di secrezione della mucosa, riferisce un' osservazione in cui essendo stata fatta l'operazione perchè creduto fimosi venereo, ne seguirono gravi complicazioni gangrenose che condussero a morte il paziente.

A chiarire questo punto di diagnosi richiedesi l' esame microscopico del pus secreto, che mostrerà la presenza o mancanza delle soprannominate spore, e nel caso trattisi di glicosuria ogni cura locale deve essere proscritta.

Questo genere di irritazione si può anche vedere nelle donne, perchè l'orina carica di zuccaro fermenta nel vestibolo vulvare e si può estendere alle parti circostanti.

Malattie blennorragiche.

Nuove ricerche sulla blennorragia; del dott. A. Bonnière. (*Arch. gén. de méd. e Revue de Sciences méd.* Ottobre 1874).

Un' esperienza tentata da Bonnière sopra una donna infetta da ottalmia blennorragica e da blennorragia vulvo-vaginale gli fece constatare che in seguito ad una spalmatura fatta con una pinzetta impregnata di pus virulento, la pituitaria e la mucosa rettale restarono refrattarie al contagio, mentre la mucosa anale presentò una infiammazione manifesta al sesto giorno.

Questo fatto unito ai dati anatomo-patologici della blennorragia e alla conoscenza dell'andamento abituale delle complicazioni di quest'affezione, lo conduce alle seguenti conclusioni:

1.° La blennorragia non è una semplice affezione catarrale delle mucose.

2.° È un'affezione speciale, virulenta, delle reticelle linfatiche; una linfangioite specifica essenzialmente contagiosa.

3.° Essa è speciale alle mucose ad epitelio pavimentoso.

4.° Le mucose tappezzate da un' altra forma di epitelio ne vanno assolutamente indenni.

5.° La maggior parte delle complicazioni sono diatesiche o provvengono da una specie di assorbimento del muco pus.

Gli scoli uretrali sifilitici; del dott. Henry Lee. (*Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

L'Autore pensa che vi sono scoli uretrali di natura sifilitica che possono essere primitivi o secondarii.

Ecco come li descrive,

1.° Un soggetto dopo alcuni giorni dall'essersi esposto a causa infettante, vede prodursi uno scolo uretrale grigiastro, assai spesso, somigliante a l'arrow-root diluito nell'acqua; punto o poco dolore nell'emettere le orine, poco o punto di tumefazione del canale. Dopo qualche giorno la mucosa del glande o del prepuzio diventa sede di infiammazione adesiva, che lascia dopo un poco di indurimento. I ganglii inguinali si tumefanno. Qualche settimana più tardi sintomi costituzionali.

2.° Un sifilitico prende moglie, l'eccitamento sessuale determina un leggiero scolo dall'uretra, con o senza ulcerazioni alla mucosa; questo scolo è contagioso e può dare la sifilide. Hunter aveva quindi ragione di pensare che uno scolo uretrale poteva dare la sifilide, sebbene avesse torto di pensare che la blennorragia volgare fosse di natura sifilitica.

Relazione sulle malattie veneree; del dott. B. Tarnowsky. (*Berlin* 1872).

Tarnowsky, in un suo lavoro in cui tratta partitamente delle affezioni blennorragiche e veneree semplici, discorrendo delle prime, dice che la secrezione blennorragica può trasmettere quando è in individui sifilitici, tanto la blennorragia che la sifilide. Per lui non vi è uno speciale contagio fisso nella blennorragia, ma invece la semplice iperemia o la vera infiammazione blennorragica crupale dipendono dal grado di intensità dell' irritazione, dalla idiosincrasia individuale, ed anche dalla disposizione anatomica della mucosa dei genitali.

Endoscopia binoculare; del dott. Roberto Campana. (*Giorn. ital. delle malattie veneree ecc.* 1874.

Il dott. Roberto Campana ha ideato di applicare la visione binoculare alla endoscopia. Egli coll'esercizio di dieci mesi, comparativo tra l'uso del semplice endoscopio e l'uretroscopio binoculare, si è convinto dell'utilità di questo confrontato al primo. In un caso di restringimenti multipli e ravvicinati potè meglio che con ogni altro istrumento constatare la presenza di questi successivi ristringimenti cicatrizii, a superficie granulosa, parziali, uni-circolari, a sede nel principio della porzione membranosa, molto prossimamente al bulbo, per cui potè eseguire l'uretrotomia colla sola lanciuola a taglio. In altro caso potè constatare uua fistola del trigono vescicale.

L' istrumento da lui adoperato consta di due parti. *a*) Una parte che costituisce l'endoscopio come fù fino ad ora. *b*) Una seconda che dà luogo alla visione binoculare. Questa può essere applicata a tutti gli endoscopii, cioè a quelli di Desormeaux, a quello modificato dal Langlebert, a quello di Warwick, o di Wales, applicando innanzi ad essi l'oculare dell'ottalmoscopio di Geraud-Teulon.

Però l'Autore addottò un semplice endoscopio alla Wales da lui modificato, ed in cotal maniera raggiunse *una maggiore precisione di osservazione.*

Però a far sì di avere anche *la poca costosità dell'istrumento* pensò

di adattare allo studio dell'uretra uno dei tanti istrumenti per esami di cavità. Prendendo qualsiasi imbuto per otoscopia ed aggiungendovi un catetere retto aperto all'estremo della lunghezza degli ordinarii cateteri per endoscopia, ed illuminandoli col riflesso di uno specchio oftalmoscopico o per mezzo dell'apparecchio di illuminazione di Franck, si riesce meglio di tutto quando gli studii che si intraprendono non sono troppo fini e precisi.

Dell' esame endoscopico dell' uretra e della vescica; del dott. Grünfeld. (*Wiener medizinisc. Presse* 1874).

L'Autore invece dell'endoscopio di Desormeaux adopera semplicemente un riflettore del laringoscopio ordinario, per projettare i raggi al fondo del suo uretroscopio.

Questo consiste in un catetere diritto, a forma di imbuto ad una estremità, e formato all'altra da una placca di vetro piana e leggermente inclinata. L'Autore immaginò pure un' altro catetere portante alla sua estremità uno specchio semplice che riflette i raggi luminosi sulla parte laterale dello specchio.

Della cura locale della blennorragia cronica e del reumatismo blennorragico col mezzo dell' endoscopio; del dottor Fenger. (*Nordiskt. medicinskt Arkiv.* tom. V. n. 27, 1871, e *Revue des Sciences méd.* Avril 1874).

L'endoscopio di Fenger è semplice. Consta di un tubo d'argento levigato, e di cui la parte esterna ha la forma di un imbuto. La luce viene riflessa all' interno del tubo col mezzo di uno specchio fissato alla fronte dell'osservatore col mezzo di una correggia elastica.

L'Autore distinse colle sue osservazioni tre forme di malattia dell'uretra.

1.° L' infiammazione superficiale della mucosa nella porzione profonda del canale.

2.° L'uretrite locale parenchimatosa o iperplasica.

3.° L'uretrite granulosa.

Nella cura dell' infiammazione superficiale della mucosa, e nell'uretrite parenchimatosa, e nelle piccole granulazioni, l'Autore consiglia le cauterizzzazioni col solfato di rame, e per le grosse granulazioni, e per quelle che facilmente danno sangue adopera le cauterizzazioni col nitrato d'argento mitigato.

Blennorragia ombelicale; del dott. Morisson. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1875).

L'Autore racconta un caso di un giovine che essendo affetto da blennorragia, questa gli si manifestò all'ombelico proveniente dall' infondibolo di questa parte, dove certamente eravi stata introdotta la secrezione uretrale, o eravi semplicemente stata messa a contatto per innavvertenza.

Della cura dello stato acuto della blennorragia coll'haschich e coll'acido benzoico; del dott. LAMARRE. (*Annales de dermatolog. et de syphiligraph.* tom. V. n. 5).

L'Autore per sette giorni continui, ed allorquando è già troppo tardi per ricorrere al metodo abortivo, ma lo scolo è purulento è dolorosa la emissione delle orine, prescrive

Tintura di haschich	grammi	2
Acido benzoico	»	1

in un giuleppo gommoso da prendere nelle 24 ore. Continuando nello stesso tempo la cura emolliente classica. Sotto l'influenza di questa cura, dice l'Autore, gli ammalati presentano all'indomani gran miglioramento; in sei giorni il dolore è affatto scomparso ed allora si può cominciare l'uso del copaive.

Doyon che dopo questa comunicazione adoperò questo metodo, sù venti casi in tre soli ebbe un risultato sensibile.

Del solfato di cadmio nella blennorragia uretrale acuta; del dottor GAZEAU. (*Bull. génér. de Therap.* 1874).

Il dott. Gazeau adopera nella uretrite le injezioni di solfato di cadmio alla diluzione del millesimo al diciotto centesimo, o al quindici centesimo. Pratica un' injezione ogni due ore, che calmano molto rapidamente il periodo acuto della blennorragia, la quale passa allo stato latente.

La cura totale dura 15 a 20 giorni. Si può unire nei primi due giorni del copaive.

Nella blennorragia alcune volte riesce il solfato di cadmio unito al bismuto che egli dà sotto la seguente formola:

Acqua distillata	grammi	100
Solfato di cadmio	»	0,07
Sottonitrato di bismuto	»	7,005

Con questo liquido fa fare un' injezione appena orinato.

Il miglior modo di usare del cubebe e degli olii-resina nella cura dell'uretrite; del dott. FERRAND. (*Bull. génér. de therap.* 1874).

Ferrand proscrive le injezioni e da invece il cubebe e gli olii-resina alla dose di 1 grammo ogni ora, giorno e notte; e con questo metodo raggiunge la guarigione tra i venti o venticinque giorni, senza passaggio allo stato cronico.

Contribuzione alla cura della uretrite blennorragica colle injezioni di idrato di cloralio; del dott. FRANCESCO PIROVANO. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

Il dott. Pirovano racconta di un caso di uretrite blennorragica recidiva in cui, ad esempio del dott. Parona e dott. Ambrosoli, adoperò le injezioni di idrato di cloralio, abbenchè fosservi i sintomi di acuzie; i quali anzi al quarto giorno scemarono affatto, cosicchè la cura astringente potè in brevi giorni guarire l'ammalato.

Il bromuro di potassio nella blennorragia; del dott. Bligh. (*Lyon médicale* 1874).

Il dott. Bligh adoperò in Inghilterra il bromuro di potassio nella blennorragia. Egli ne ebbe buoni risultati, che li attribuisce alla proprietà del bromuro di potassio di diminuire la secrezione delle mucose e di sedare i nervi di queste membrane, di aumentare l' orina e di diluirla, di essere anafrodisiaco, e di poter essere adoperato in certo qual modo come anestetizzante almeno sulla mucosa della retrobocca e faringea. Lo adopera in tutti i stadii, ad uso interno ed esterno.

Ad uso interno adopera la seguente preparazione.

Carbonato di potassa	grammi	3
Bromuro di potassio . , ...	»	4·6
Tintura di giusquiamo	»	2
Acqua canforata	»	150

Da prenderne un sesto tre volte al giorno, ed un' altro sesto la notte se l'ammalato non dorme.

Per uso esterno. Fa un'injezione ogni quattro ore colla seguente soluz.

P. Bromuro di potassio	grammi	6
Glicerina	»	10
Acqua distillata	»	150

Malattie sifilitiche primitive.

Infezione senza coito; di D. G. Lewin. (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

L'Autore riferisce alcuni fatti che maggiormente confermano come l'infezione può avvenire anche per la sola via dall'allattamento, di baci impuri, e per trasmissione ereditaria.

Egli divide i suoi ammalati in varii gruppi; nel primo gruppo figurano due donne coi loro bambini, e in una di queste l'infezione è chiarita da sifiloderma maculo-papuloso, e da induramento specifico al labbro inferiore, nella seconda hannovi segni generali ed indurimento ai lati del capezzolo della mammella destra.

Esaminati bene i caratteri obbiettivi e subbiettivi di questi ammalati. L'Autore ne trae le seguenti conclusioni:

1. Che contrariamente all'opinione di qualche sifilologo, appoggiato all'Autorità di Ricord, l'infezione sifilitica può iniziarsi in tutte le parti della pelle e delle mucose:

2. Che i bambini nati da madri che negli ultimi mesi di gravidanza contrassero l'infezione, possono presentare le forme così dette secondarie e terziarie, alle quali ultime appartiene l'orchite gommosa, che per essere una manifestazione di sifilide congenita poco conosciuta, l' Autore rileva in modo particolare. Considera che l' indurimento sotto-cutaneo, presentato da un bambino, deve essere ritenuto con molta probabilità

quale parte integrante della sifilide per la mancanza di sintomi che sogliono accompagnare il comune ispessimento del cellulare sottocutaneo.

3. Che devesi accettare con grande riserva l'opinione di parecchi Autori (Swediaur, Montanie, Mayr) i quali asseriscono che la maggior parte dei bambini nati con sifilide congenita ereditarono l'affezione solamente dal padre, quando esatte indagini ai genitali materni non fecero scoprire traccia veruna di infezione.

4. Che donne con manifestazioni secondarie rappresentate da semplici iperplasie irritative possono generare bambini con sintomi sifilitici terziarii, giusta l'opinione di Rosen e Virchow.

5. Che le manifestazioni determinate dalla sifilide ereditaria offrono prestamente dopo il parto una grande intensità di forza.

6. Che forme gravi e progressive di affezioni sifilitiche così dette terziarie possono svilupparsi senza influenza del mercurio.

7. Che uno dei casi da lui riferiti può dar luogo al quesito, se il bambino nato da quella donna abbia acquisito la sifilide dal lato materno o paterno? Su questo proposito, ed appoggiato al caso in discorso, l'Autore propende a ritenere che l'uomo nel momento del coito possa insinuare nell'embrione il germe sifilitico, presentando il rarissimo caso di una *sifilide congenita* per *sperma contaminato* con innocuità della madre; possibilità sostenuta da Swediaur, Diday, Montanier, Trousseau, e da altri affatto negata.

8. Che i sintomi sifilitici ereditarii verificatisi nel parto, possono a poco a poco entrare in uno stadio di latenza anche per molti anni.

Nel secondo gruppo è esposta una storia tanto importante che anche noi riproduciamo come là troviamo scritta:

Gr....., rivenditrice, di 49 anni, robusta, e proveniente da sana famiglia, maritata due volte, e due volte madre, godè florida salute sino al 25.° anno, nella quale età sgravossi per la prima volta di una bambina.

L'abbondanza del latte la costrinse a nutrire contemporaneamente un bambino estraneo, il quale era affetto da sifilide congenita.

Questi comunicò alla di lei mammella una esulcerazione sifilitica che venne poi trasmessa alla propria figlia. Furono tutti e tre sottoposti a cura mercuriale. Tuttavia il bambino morì dopo qualche mese; la madre colla sua bambina affetta da ulcerazioni alla faringe, guarirono apparentemente dopo molto tempo. Ben presto la sifilide mostrossi nello stesso marito, contagiato dalla sua donna, in forma di esantema (ectima e rupia) e con tofi sullo stinco delle gambe. Susseguirono sintomi cerebrali in forma apopletica, finchè trasportato alla Carità vi morì prestamente. La necroscopia praticata dal defunto prof. Mekel trovasi registrata negli Archivii dello Spedale in questi termini: « meningi fortemente edematose, torbide specialmente alla base del cranio ed al chiasma. Nell'origine dell'arteria Silviana destra un embolo recente, piccolo e rosso, ed un altro scolorito nella cerebrale anteriore: l'emisfero de-

stro è in massima parte in preda a rammollimento bianco e grigio-giallo. » L'anamnesi, le affezioni ossee delle gambe, la mancanza di ogni altro momento eziologico, come cardiopatie, ecc., giustificano l'ammissione in questo individuo di una sifilide cerebrale, determinata da otturamento dei vasi afferenti, i di cui esempii consimili leggonsi riferiti da Virchow, Boning, Passavant, Graefe, ecc.

La Gr..., dopo qualche tempo passò a seconde nozze, con un uomo sino allora sano. Questi nel primo anno di matrimonio ebbe ripetutamente dolori reumatoidi, ed affezioni alla gola, le cui traccie nella faringe e nella laringe anche al presente possono osservarsi col laringoscopio.

Da questo secondo matrimonio nacquero un bambino, partorito all'ottavo mese, ed una bambina nata a termine, entrambi affetti da sifilide congenita. Questa ultima fu sana sino al sesto anno di età, nel quale le si manifestò un esantema pustoloso, guarito temporaneamente, dopo ripetuti tentativi terapeutici, col mercurio. Ebbe diffatti cinque recidive, sempre in forma lieve, ed attualmente è sana, robusta, ma presenta una sensibile tumefazione in tutto il sistema glandulare.

Quello che merita maggior considerazione si è il decorso della sifilide nella figlia primogenita della Gr.... contagiata, come si è detto, dalla madre per l'allattamento e guarita col mercurio. Dessa nel 16.° anno venne attaccata da lupus nella parte superiore della coscia destra e da periostite tibiale e frontale curata coi mercuriali.

Nel 17.° anno si maritò con un uomo sano, il quale ben presto ammalò e se ne morì all'Ospedale dopo un anno e mezzo, per quanto potè sapersi « *di meningite tubercolosa.* » La sezione non fu praticata. Da tale connubio nacque, 3 a 4 settimane avanti termine, un bambino che morì 14 giorni dopo con fenomeni di debolezza generale.

Scorsi due anni, la paziente passò a terze nozze con un uomo sano. Il bambino proveniente da questo letto ha 17 mesi, ed è apparentemente sano; tuttavia soffre, 1. di lichen esteso a tutto il corpo, in apparenza di indole scrofolosa, 2. di ulcerazione alla parte superiore della coscia destra che sembra dipendente da tumore gommoso suppurato, 3. di infiltrazione del tessuto celluloso sottocutaneo nel metacarpo del piede destro, con periostosi delle ossa sottoposte, del cuboideo e primo cuneiforme.

Da questa storia l'Autore ne ritrae.

1. Che l'organismo umano può essere attaccato da infezione sifilitica in modo ostinatissimo. Questa può disturbare lo sviluppo della vita fetale, finchè il neonato può venire alla luce sano, ma con germe sifilitico manifestantisi in lui la prima volta dopo uno stadio latente di anni.

2. Che la sifilide in singoli casi può essere retaggio solamente della madre.

L'Autore fa ancora notare che alcune malattie discrasiche di forma scrofolosa, segnatamente il lupus sono la conseguenza tardiva di una sifilide cengenita latente.

Nel terzo gruppo espone la storia di una donna e di un bambino di lei figlio, che costituiscono un esempio di sifilide congenita in cui un esantema maculoso vedesi presso una bolla di pemfigo solitario ed una lesione non ancora descritta delle parti vicine alle unghie che consistono in croste di impettigine, pisiformi con alone flogistico rossochiaro nell'indice della mano sinistra e nel quarto dito della destra verso la sommità, ed erosioni cutanee semilunari alle unghie dei piedi i di cui tessuti sembravano quasi mummificati. Queste lesioni le presentava il bambino.

Finalmente Lewin tocca della sifilide vaccinale, in cui assicura che egli dalla vaccinazione di tre bambini sifilitici con linfa sana umanizzata ebbe pustole vacciniche normali. Conchiude che le sole proprietà macroscopiche non possono far riconoscere la schiettezza o meno della linfa vaccinica, e che in bambini con sifilide congenita od acquisità le pustole sogliono decorrere regolari.

Sull' eterogenia dell' ulcera non sifilitica; di Vincenzo Tanturri. (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1875).

L'egregio professore di Napoli in questo suo nuovo lavoro ricco di erudizione, ma nel quale giustamente il dottor Soresina lamenta che siasi dimenticato fra tanti nomi stranieri quelli dei connazionali, principalmente del Ricordi, studia la quistione delle reinoculazioni e delle inoculazioni di pus non venereo nè sifilitico, e si domanda in conclusione se: vi è assoluta differenza tra i due virus quello dell'ulcera ed il sifilitico?

E dapprima fatta la storia dell'ulcero molle ed indurato e studiate con gli Autori che ne trattarono le principali teorie viene sul punto controverso in sifilografia della reinoculazione dell'ulcero e dei diversi prodotti di lesioni sifilitiche riconferma la difficoltà di reinoculazione dell'ulcero duro, mentre sono più facilmente reinoculabili le lesioni secondarie, e riporta un' osservazione propria di reinoculabilità di forme terziarie. Ciò gli successe in un infermo della sua Clinica, sulla di cui pelle esistevano numerose masse tuberose a diverso stadio ed alcuni ulceri molto somiglianti agli *ulceri veri*, coesistevano tumori gommosi, orchite ed epididimite gommosa. Il prodotto delle gomme cutanee ulcerate fu reinoculato nel braccio sinistro, ed ebbe un' ulcera caratteristica completa al quinto giorno, il cui prodotto fu inoculato sul braccio destro con egual risultato e sul ghiande su cui si sviluppò un'ulcera tipica. Eguale risultato ebbe in altra inoculazione fatta col prodotto di una lesione primitiva ad un sifilitico nel periodo tardivo.

Inoculò pure sull' individuo che le portava e su altro individuo le efflorescenze pustolose secondarie della pelle, e quelle ulcerazioni che nascono sulle mucose, senza stadio precedente condilomatoso un completo effetto ottenendone ulceri di lunghissima durata; indi proseguì le sue ricerche per riconfermare che il pus ordinario, spiega eguale azione tanto sui sifilitici che sugli asifilitici. È quindi provato che senza usare il

secreto dell'ulcero molle si può far nascere un' ulcera con quello delle lesioni sifilitiche secondarie ed anche terziarie, la quale rassomiglia completamente all'ulcera venerea.

Indaga quindi il modo col quale ciò succede, e conclude che le diverse modificazioni del virus possono verificarsi in seguito a trasmissioni alternanti in individui sani e sifilitici, per la diversa intensità dello scambio nutritivo dei diversi soggetti.

Studiando dappoi l'effetto del pus dell'ulcera reinoculata dai prodotti sifilitici sui sani, egli osservò un' incostante azione nel prodotto di quest'ulcero reinoculato sui sani, perchè ora si propaga sotto la forma di ulcero, ora produce l' induramento e la infezione; quindi ciò fa supporre che tale modificazione si verifica non nell'ulcera stessa, ma per l'organismo nel quale fu inoculata, e che la inoculabilità non può avere un'importanza assoluta per l'esistenza dell'ulcero, come specie morbosa a parte.

Porta in seguito un esempio di *ulcera autogena sviluppatasi da un'ulcerazione cronica granulosa volgare.*

In un individuo che aveva un' ulcerazione fungosa prodotta da vescicanti ad un braccio si fece la trapiantazione cutanea che fu infruttuosa ed anzi la piaga si fece cattiva e circondata da pustole che aperte lasciarono trasparire tante ulcerette incavate a fondo grigiastro; queste in seguito migliorarono, ma la ulcerazione primitiva persistendo si ricorse di nuovo alla trapiantazione con pezzetti tolti da altro individuo, ma avendosi avuto il risultato di prima, si fece con altre medicazioni migliorare la piaga e poi si trapiantarono quattro pezzetti di pelle tolte dal piede dello stesso individuo, e con risultato ancora negativo mentre nel sito dove erano stati tolti i quattro pezzi si formarono quattro ulceri caratteristici. Allora si inoculò il prodotto dell' ulcero del braccio che riprodusse altra ulcera sullo stesso infermo, e successivamente tanto dall'ulcera madre che dalle consecutive si ripeterono le inoculazioni su molti altri infermi. Queste inoculazioni furono 15 e tutte dettero ulceri caratteristiche.

Conchiude da ciò l'Autore: « Sembra assicurato che un' ulcera semplice, da cause diverse, senza preceduta azione del secreto ulceroso o sifilitico, può nascere e produrne una di carattere contagioso che dà origine ad un' ulcera che non si distingua dall' ulcero molle; essa si è mantenuta sempre la stessa tanto nei sifilitici di ogni periodo e trasmessa ai sani si è conservata locale: la sua forza d'inoculabilità è tale che si è potuto estendere sino alla quattordicesima generazione, con le attenuazioni dell'acqua e della glicerina si è comportato come ogni altro secreto di ulcera molle intensa.

Cerca poi di avvicinare questi fenomeni nelle diverse forme ulcerose, comune e le specifiche. Da ultimo tratta la quistione della natura del principio che sostiene la inoculabilità, e dopo di averla discussa desume che la propagazione si effettua per elementi morfologici infiltrati nelle

vicinanze dell'ulcera e modificati intimamente dal prodotto stesso ulceroso da poter trasformare in ulcera il tessuto circostante, portante in alto la loro contagiosità.

Adenite virulenta dell'ascella : par le doct. Louis Jullien. (*Annal. de dermatolog. et de syphilograph.* Tom. V. N. 5).

M...., venditore di giornali, contrasse una leggiera erosione al pene la di cui durata non fu più lunga di 5 a 6 giorni, e che gli produsse un'adenite inguinale che passò prestissimo a risoluzione. L'incubazione di questa abrasione fu di soli tre giorni.

Portava inoltre alla mano sinistra una piaga da ferita accidentale riportata anteriormente con un coltello e che si accompagnò di adenite ascellare caratteristica.

Questa piaga presentava caratteri speciali: era piccola, circolare, a bordi tagliati a picco, a fondo grigiastro sanioso, con secrezione abbondantissima.

Tredici giorni dopo l'entrata dell'ammalato all'Ospedale questa adenite sotto ascellare venne aperta e lasciò sortire molta marcia.

Praticata un'inoculazione di questa marcia sullo stesso individuo, si ebbe presto la pustola caratteristica.

Si trattò di una piaga divenuta ulcerosa per il trasporto accidentale della secrezione di un ulcero piccolissimo, e di nessuna importanza.

Della sifilide inoculata; par J. Rollet. (*Annal. de dermatolog. et de syphilog.* Tom. 5, N. 5).

L'Autore espone riunite in una tabella tutte le inoculazioni praticate colla materia contagiosa sifilitica, ne pone in rilievo i dati riunendoli in una media proporzionale intorno all'incubazione, e all'ulcero di inoculazione il quale sebbene figurante sotto diversi nomi secondo i varii Autori, pure è identico in tutti i casi al principio, a metà, ed al fine di sua evoluzione. Dice che il principio contagioso della sifilide non è un parassita, perchè fino ad oggi non si è scoperto nulla di parassitario nella sua composizione. È un virus che esso pure presenta al più alto grado nella sua evoluzione il fenomeno della moltiplicazione.

Risulta dalle inoculazioni fatte dagli Autori che il virus sifilitico è uno in questo senso che non vi sono nella malattia delle forme dei gradi o dei periodi suscettibili di impartiire al virus delle qualità che lo facciano variare dai limiti di tutti gli altri virus.

Si sa ciò che è contagioso nella sifilide, ma si conosce meno bene ciò che non lo è.

L'Autore crede tuttora che vi sieno in essa prodotti che non si è ancora riesciti ad inoculare, le lesioni terziarie. Se esse non sono contagiose, come gli pare, vi ha nella sifilide un momento nel quale la malattia è contagiosa, ed un altro nel quale non lo è più.

Ebbene, non può esistere uno stato intermediario, cioè che il virus sia non sia; in alcuni casi l'inoculazione è stata seguita da effetti che non

si è autorizzati a considerare come emananti da un virus attenuato o trasformato.

Il virus sifilitico ha una proprietà che non hanno i principii contagiosi della blennorragia e dell'ulcero semplice, quella cioè che lo crede atto a passare nella circolazione ed a spandersi per tutto l'organismo. È dunque assorbibile, diffusibile come tutti i virus delle malattie contagiose; non è volatile, cioè trasmissibile per l'aria, ma essenzialmente fisso. L'assorbimento del virus si fa prestissimo ma tra questo e la comparsa delle prime manifestazioni havvi un tempo d'incubazione in cui succede un lavoro latente che nulla ce lo rileva positivamente.

Dopo questa incubazione si producono gli effetti apparenti del virus che sebbene sembrino affatto locali, pure le reinoculazioni negative li dimostrerebbero come dipendenti da infezione costituzionale. In somma l'evoluzione del virus sifilitico si compone di due ordini di fenomeni, gli uni apparenti, gli altri latenti, di cui i primi costituiscono le manifestazioni della sifilide, i secondi la diatesi sifilitica, la quale però ha un effetto latente che sfugge alla nostra osservazione e che è l'immunità, constatata che venne colla irreinoculabilità del virus.

Qui l'Autore studia colla scorta delle varie esperienze praticate la quistione su tutti i punti, e ne conclude riassumendo che se la reinoculazione è possibile prima dello sviluppo della sifilide, cioè nello stato di incubazione, non lo sarebbe quando è già apparso l'accidente primitivo.

Quando mostrasi l'ulcero egli è irreinoculabile, e conserva questa sua proprietà per tutto il tempo della sua evoluzione, E questa immunità trovasi nella sifilide secondaria allo stesso grado che nella primitiva, trovasi anche nella sifilide terziaria ed anche nelle sifilidi antiche molti anni dopo la scomparsa di tutte le lesioni apparenti.

Questa è regola generale; vi hanno però dei fatti eccezionali che dimostrano che questa immunità in ogni periodo non è assoluta poichè il virus potè essere reinoculato con successo. Nei casi di reinoculazione positiva al periodo terziario, la lesione riprodotta al punto inoculato è stata più profonda, più durevole, meglio caratterizzata di tutte le altre, e fu la sola seguita da sintomi secondarii. Sarà questa per avventura, dice l'Autore, una prova che a tale periodo l'immunità, che *a priori* sembrerebbe dover illanguidirsi col tempo, sia già meno completa che nei periodi precedenti?

La balanopostite: sua importanza in riguardo all' ulcero, e sua cura radicale; del dott. Anton Nyström de Stockholm. (*Annal. de dermatolog. et de syphiligraph.* Tom. 5. N. 5).

L'Autore considera la balano-postite come una malattia della pelle affatto semplice e per la quale oltre alle cause comuni (irritazioni, poca nettezza, coito con donna nell'epoca mestruale, ecc.), vi abbisogna anche una disposizione generale. Pure essa ha stretta relazione colle malattie sifilitiche, perchè ne è una delle principali cause. Infatti perchè il pus di ulcero produca un altro ulcero deve trovare la mucosa sulla quale

viene trasportato, spogliata del suo epitelio o abrasa. Dove ora una condizione migliore nella balano postite in cui la mucosa è tutta infiammata e secernente? Inoltre da questa condizione più o meno estesa e profonda della mucosa può dipendere la più o meno forte infezione sifilitica, e l'aspetto più o meno esteso dell'induramento dell'ulcero.

Secondo l'Autore il tannino in polvere essendo il miglior rimedio contro la balano-postite che è la porta d'entrata del virus sifilitico, è anche il mezzo profilatico più radicale contro gli ulceri e le affezioni che ne derivano.

Eccone il modo di applicazione nella balano-postite semplice.

Scoperto il glande, si tende il prepuzio in modo da disfare le pieghe, indi si lava con acqua, si aspergono di tannino in polvere tutte le parti infiammate, e si rimette il prepuzio al suo posto senza interporvi, nè fila, nè altro.

Il giorno addietro e nei successivi si fanno ancora nuovi lavacri con acqua fredda ed il tannino si applica di tempo in tempo.

Sull' ulcero cefalico non infettante; del prof. Giuseppe Profeta. (*Annal. de dermatol. et de syphiligraph.* Tom. V. N. 3).

In una lettera diretta dal prof. Profeta al dott. Daniel Mollier sono esposti tre nuovi casi di ulcero cefalico non infettante.

Caso 1. — Un musicante italiano portava da due anni un ulcero. Dalla connessura destra delle labbra ove aveva preso origine si era esteso a pressochè tutta la gola, ed alla fronte cicatrizzando in una parte per estendersi dall'altra. Questo vasto ulcero era in preda a fagedenismo serpiginoso.

L' ammalato aveva avuto alcuni mesi prima una piaga all' estremità dell'indice sinistro col quale toccavasi spesso il naso. Complicato a questo male eravi pure l'acaro della scabbia che colle sue manifestazioni sulla pelle fece credere ad un medico si trattasse di sifilide costituzionale per la quale curava il paziente col mercurio. Tralasciata però la cura specidca, e adoperati lozioni eccitanti la piaga fagedenica guarì presto. L'Autore poi praticava ad assicurare la sua diagnosi l'inoculazione su sè stesso del pus dell' ulcero cefalico che gli produsse un ulcero molle, il pus del quale produsse di nuovo altro ulcero molle.

Caso 2. — Un barbiere portava tre ulceri, uno della grandezza di un mezzo pezzo da 5 centesimi sulla faccia interna dell'indice sinistro, infiammato, doloroso con ingorgo di una glandola linfatica ascellare.

Gli altri due cogli stessi caratteri, meno l' ingorgo glandolare, erano situati sulla parte mediana delle dne labbra. Questo barbiere aveva due mesi prima aperto con un rasojo un bubbone suppurante e nel ciò fare si era tagliato l'indice sinistro, e erasi istintivamente portata la parte ferita al labbro per succhiarne il sangue, mettendo così il pus del bubbone in contatto col labbro superiore dove dopo 5 o 6 giorni erasi formato l'ulcero.

Caso 3. — Un uomo deteriorato, per privazioni, in salute generale

presentava una distruzione quasi completa di tutta la pelle della verga per vasto ulcero fagedenico. Sulla parte anteriore e mediana dello scroto sotto la superficie cicatriziale si trovava un ulceroide tipico non fagedenico. L'ala destra del naso era intieramente coperta da un ulcero non infettante con bordi a picco, e tendenza al fagedenismo. L'ulcero allo scroto era stato contratto per coito due mesi prima, e di la per la poca pulizia erasi diffuso al pene; e per l'abitudine di graffiarsi il naso, a questa località.

Diday nel pubblicare sugli Annali di dermatologia e di sifilografia queste storie dice, che sono una nuova conferma di ciò, che il pus dell'ulceroide può prendere tanto la faccia come le altre regioni.

Duodecimo rapporto politico-amministrativo-clinico della prostituzione in Bologna; dato dall'Ispettore igienico per l'Emilia cav. prof. Pietro Gamberini. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

Il prof. Gamberini dopo aver esposto i quadri sinnotici dei numerosi ammalati sifilitici da lui curati, in un articolo di appendice analizza ciò che ha scritto il Fournier nel suo libro « Leçons sur la syphilis chez la femme », ribatte molte asserzioni, e conclusioni a cui il sifilografo francese addivenne.

Ed in primo luogo senza voler contraddire che l'indurimento dell'ulcero sia più comune nella donna che nell' uomo, fa notare che le sue osservazioni lo porterebbero ad una conclusione affatto opposta, tanto più che vidde buon numero di sifilidi secondarie succedere a donne prima curate di ulcero privo affatto di induramento, il che gli fece credere che anche l'ulcero molle, talvolta può procreare la lue costituzionale.

Non ammette un ulcero sifilitico a base molle, come vorrebbe il sifilografo francese, e la impossibilità dell' ulcero molle a generare la sifilide.

Non concorda con lui nella descrizione dell' ulcero uterino che egli ha riscontrato di rado, e la cui dissipazione non è così rapida, che vidde scomparire facilmente erosioni a questa località, che la mancata sifilide postuma assicurò non sifilitiche, e che per i caratteri esposti da Fournier non può dirsi sifilitico; che il diagnostico in questa località tra l'ulcero molle e sifilitico è incerto.

Conferma la sua dimostrazione già fatta in altro scritto e contraria a quella del Fournier circa l'insussistenza di una forma sifilitica pigmentaria.

I caratteri ammessi come affermativi della sifilide uterina erosiva, cioè l'eccentricità e la forma circolare, bastano solo a chiarire il diagnostico quando vi siano altri fenomeni incontestabili sifilitici.

Trattato teorico e pratico della sifilide, od infezione purulenta sifilitica; del dott. A. Desprès. (*Gaz. des Hôpitaux*, pag. 230, 1874).

Nel suo nuovo trattato teorico pratico della sifilide il dottor A. De-

sprès riconosce nella sifilide una malattia da infezione, come il vaiuolo e l'infezione purulenta, e nelle manifestazioni eruttive altrettante manifestazioni critiche.

Dice che le sifilidi che durano minor tempo sono quelle che nel principio sono state accompagnate da grandi eruzioni, e che le più gravi sono quelle che si manifestano in soggetti affetti da altre diatesi le quali modificano svantaggiosamente la sifilide.

Quanto all'origine crede che questa malattia abbia esistito in tutti i tempi, e dimostra che nei libri antichi vi sono descritte lesioni che corrispondono alle placche mucose descritte oggi giorno.

Quanto alla cura, riprendendone di nuovo l'istoria dimostra che la terapeutica non è più ragionata oggi giorno di quello che nol sia stata altre volte.

La fluttuazione, le contraddizioni dei mercurialisti e degli anti-mercurialisti sono esposte ivi con precisione e da esse l'Autore ne inferisce che non si può credere agli specifici contro la sifilide, ed invece consiglia i tonici sotto ogni forma e la cura locale delle manifestazioni.

Egli rigetta l'uso del mercurio tanto nelle sifilidi intense quanto nelle lievi.

Dell'ulcero sifilitico multiplo erpetiforme; del dott. Dubue. (*Annales de dermat.*, etc. 1873-74 e *Revue des sciences méd.*, octobre 1874).

Dubue descrive sei osservazioni di una nuova varietà di ulcero che egli denomina multiplo erpetiforme. Principia desso con ulcerazioni multiple aventi sede sulla mucosa del glande, e del prepuzio. Sono superficiali, liscie, coperte da una sottile pellicola membranosa aderente, indolenti, ed affatto molli alla base.

In seguito fra otto a venti giorni diventano più profondi, le loro superfici si fanno come vegetanti e qualche volta si ha un leggiero rialzo. A questo periodo la base si indura, e nella maggior parte danno piuttosto una sensazione di resistenza che un vero induramento. Soventi il prepuzio si indurisce, si rigonfia, si fa resistente per le numerose ulcerazioni, e si hanno adeniti bilaterali. Questo periodo dura una diecina di giorni, e comincia allorchè compare l'induramento.

Vi succede il periodo di cicatrizzazione che è rapidissimo, lascia cicatrici senza traccie, e dopo un mese o due scompajono anche gli indurimenti gangliari.

Studii sugli ulceri del collo uterino; del dottor Ch. Schwartz. (*These de Paris 1873*, e *Revue des sciences med.*, avril 1874).

Il dott. Schwartz espone gli studii fatti sopra 25 casi di ulceri semplici e 19 di ulceri sifilitici del collo uterino, ed addiviene alle seguenti conclusioni:

Gli ulceri del collo, semplici o sifilitici risiedono indifferentemente al livello dell'orificio o dietro di lui; gli ulceri cervicali penetrano nell'orificio, l'inoculazione ha pure provato che l'ulcero semplice può essere affatto intracervicale. Gli ulceri semplici sono più soventi multipli, i si-

filitici unici. I primi si distinguono per una tinta gialla più o meno franca ed un fondo ineguale, i secondi per un colore grigiastro, la tinta pallida, e l'aspetto difteroide, dovuto ad una secrezione aderente come pseudomembranosa. In amendue, i bordi sono nettamente circoscritti da una lista rosso carmino, una specie di collare purpurino. Hanno una grande tendenza a prendere la forma papulosa.

Non hanno caratteri proprii che durante un tempo cortissimo di loro evoluzione; si modificano bruscamente per cambiarsi prestissimo (in tre settimane circa), ed allora diventano francamente papulose se non lo sono. L'induramento dell'ulcero sifilitico non è apprezzabile.

Le due specie di ulceri hanno quindi caratteri comuni più quando risiedono sul collo uterino che altrove. Così bisogna più che dell'aspetto della lesione fare apprezzamento sull'esame delle parti vicine, epperò se si tratta di ulcero sifilitico si trovano spesso ulceri vulvari della stessa natura Se si tratta di ulcero semplice si trovano quasi invariabilmente ulceri semplici alla vulva principalmente al livello della orchetta. L'erpete vulvare coincide soventissimo colle ulcerazioni del collo.

L'adenopatia inguinale è eccezionale negli ulceri sifilitici del collo (3 casi sopra 10).

L'Autore pubblica quattro osservazioni di bubboni inguinali da ulceri semplici uterini. Non osservò giammai bubboni pelvici.

Intorno a due lettere del dott. Gamba; del dott. Soresina. (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,* pag. 46, 1874).

L'egregio direttore del « Giorn. Ital. delle malattie veneree, ecc. », prende occasione nel pubblicare due lettere del dott. Gamba « Sulla incubazione dei sintomi terziarii », per ripetere la seguente sua professione di fede.

« Io non ammetto la pluralità del virus ulceroso; ritengo tutti gli ulceri identici nel loro nascere, ed indistintamente suscettibili, tanto di cicatrizzare senza ulteriore conseguenza, quanto di dar vita ed origine alla sifilide costituzionale; dipendendo per mè il verificarsi dell'uno o dell'altro esito, non dalle proprietà inerenti al virus per sè stesso, ma unicamente dalle condizioni dell'organismo; e non credo poi come credono i dualisti che l'indurimento dell'ulcero sia una condizione indispensabile perchè possa aver luogo la sifilide costituzionale. In quest'ultimo argomento invece penso che anche da un ulcero molle possano scaturire accidenti secondarii, e che il sintomo infallibile precursore della sifilide costituzionale, sia riposto nell'adenopatia dei ganglii più vicini all'ulcero, induriti ed indolenti (plejadi ganglionari). Finalmente son d'avviso che il virus ulceroso prima di contaminare l'organismo, rimanga per un tempo più o meno lungo, latente ed inocuo, appiattato nei gangli linfatici più prossimi all'ulcero. »

Sifilide trasmessa dal dito di una levatrice; del dott. M. Bardinet. (*Union medical*, pag. 593, 1874).

Bardinet comunica alla Accademia di Medicina il fatto di una levatrice infetta da sifilide che in una piccola città di Brive ebbe a contagiare moltissime persone, più forse di cento, sebbene di esse risultassero dall'inchiesta governativa, ammalate solo 15 donne, 9 mariti, 10 bambini dei quali 3 morti. Nelle manifestazioni nulla di anormale, dice Bardinet, durante i primi giorni e le prime settimane. Dopo o sulla fine del primo mese, principalmente nel secondo od anche nel terzo, comparvero gli accidenti secondarii. Assenza di blennorragia e bubboni. Gli accidenti terziari all'epoca dell'inchiesta non erano ancora comparsi. La diffusione del male fu grande, ne vennero infettate anche famiglie rispettabilissime solo per aver avuto contatto colla levatrice. Questa fu dai tribunali condannata a 2 anni dl carcere.

Bleynie professore d'ostetricia alla scuola di Limoges ricorda come 15 anni prima in altro paese una levatrice sifilitica che aveva l'abitudine di soffregare colle dita la piaga ombelicale dei neonati, ne infettò moltissimi.

Sulla questione della trasmissione del contagio sifilitico nel rito della circoncisione; del dott. R. W. Taylor. (*Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

L'Autore per incarico avuto dal Consiglio di Sanità di Nuova York che instituì un'inchiesta dietro l'annuncio di quattro casi nei quali fu sospettato la trasmissione della sifilide per l'operazione della circoncisione, studiò la questione esaminando bene i pazienti, l'operatore, gli istrumenti adoperati, il modo di operazione, l'aspetto delle lesioni riportate, la loro natura, il loro decorso, e sebbene un caso solo di questi abbia presentato segni di infezione sifilitica i quali però non si potè stabilire da qual parte fossero stati importati sul bambino operato, perchè l'operatore, era immune da sifilide, ed i ferri sembravano puliti e adoperati colle massime precauzioni, pure addiviene alle seguenti conclusioni :

1. Che nel rito della circoncisione è possibile la trasmissione della sifilide.

2. Che il contagio è comunicato più facilmente nell'atto del succhiamento della ferita, quantunque la bocca contenga un liquido stiptico.

3. Che il pericolo della trasmissione è maggiore, se l'operazione sia praticata da altri che non siano persone dell'arte.

4. Che la pratica del succhiamento dovrebbe essere assolutamente abolita e che se faccia bisogno di usare una soluzione stiptica, questa dovrebbe essere portata sulla ferita con un pennello, od altro mezzo qualsiasi, ma non mai spruzzata dalla bocca dell'operatore.

5. Che dovendosi procedere successivamente a più circoncisioni, si dovrà detergere accuratamente gli istrumenti dopo ciascuna operazione

6. Che l' esecuzione dell' atto operativo dovrebbe solamente essere affidato a persona côlta e specialmente ad un sanitario.

Osservazione clinica di un caso di ulcero cefalico molle prodotto da accidentale autoinoculazione; del dott. W. TAYLOR. (*Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

È anche questo un caso di ulcero molle cefalico attacchì sopra una ferita per inoculazione fatta dalle dita sporche dal pus delle ulceri.

Sopra alcune sorgenti di infezione sifilitica; del dott. JAMES NEVIUS HYDE. (*The American journal of med. sc.*, janvier 1874).

Un individuo potrà avere un ulcero con tutte le sue conseguenze per mezzo dei tre modi seguenti:

1. Per il sangue menstruo di una donna affetta da sifilide costituzionale.

2. Per le secrezioni dell'utero, allorachè quest' organo è la sede di produzioni secondarie sifilitiche.

3. Per uno scolo blennorragico proveniente da un soggetto sifilitico.

Affezione contagiosa venerea nei cavalli. (*The Lancet* 1875 e *Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

Il prof. Gamberini nel commentare un articolo del *The Lancet* « Sulla affezione contagiosa venerea nei cavalli », dopo di aver riferito alcuni appunti storici su questo argomento, riporta tre fatti da lui osservati di scoli uretrali in tori comunicatisi a vacche da essi montate, ed accompagnate in queste anche da abrasioni alle grandi labbra. In un caso la cura emolliente ed indi detersiva bastò alla completa guarigione, in un'altra vacca lo scolo fu tanto pertinace da far dimagrire talmente la bestia che dopo avere abortito, fu fatta macellare. Nel terzo, in cui vi erano anche vere ulceri, la bestia morì in consunzione.

Epperò egli come già disse nel suo « Trattato dei Mali venerei » conchiude essere vero, che l'ulcero molle trapassa dall'uomo al bruto o viceversa, ma la questione cangia natura al cospetto della sifilide propria degli animali per cui gli pare di affermare che nei cavalli e nelle vacche avvengano manifestazioni morbose che somigliano alle veneree locali primitive dell'uomo, ulcero e blennorragia, ma conviene con Dell'Acqua e Ricordi che la sifilide è esclusiva all'uomo.

L'innesto del virus sifilitico nei bovini. — Considerazioni critiche indirizzate al dott. Beniamino Carenzi, dal prof. PIETRO GAMBERINI. (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1875).

L'egregio sifilografo di Bologna proferendo un parere sulla sentenza della Commissione Torinese emessa circa l' innesto del pus sifilitico sui bovini, cioè *che il virus sifilitico ha attecchito su questa specie di bruti*, e che *da questi fu riportato con successo sulla specie umana*, esamina minuziosamente le esperienze fatte, e le trova insufficienti, per cui conchiude che la voluta trasmissibilità non è addimostrata dalle esperienze suddette.

Malattie sifilitiche costituzionali.

Lezioni sulle malattie pel sistema nervoso d'origine sifilitica; del dottor W. H. Broadbent. (*Brit. méd. journ.* Mars 1874, e *Revue des sciences méd.* Octobre 1874).

L'Autore paragona le affezioni nervose che si riscontrano nel periodo secondario, che qualche volta è anche febbrile, alle complicazioni viscerali che si incontrano nel periodo eruttivo delle febbri. Questi accidenti secondo lui assomigliano pochissimo alle affezioni nervose del periodo terziario perchè sono più tenaci, e lasciano traccie profonde, conducendo facilmente alla cachessia.

Crede che il sistema nervoso resti più compromesso nel periodo terziario allorchè gli accidenti secondarii furono fugaci ed insignificanti o quando i terziarii furono precoci.

Nella descrizione istologica delle lesioni sifilitiche dice, che gli studii di Wilks non dimostrano per nulla l'esistenza di una lesione specifica degli elementi anatomici, ma ammette che le lesioni offrano caratteri particolari. E per addivenire a tale conclusioni si appoggia alla descrizione datane da Moxon e cioè che nell'organo la lesione è molto limitata e circondata da tessuto fibroso sclerosato; che al centro di essa evvi una parte caseosa o gommosa, che può rammolirsi od anche calcinificarsi; che vi possono essere lesioni infiammatorie nei punti vicini; ed avverte infine riscontrandosi tali lesioni sopra tessuti sani, principalmente se situate sul fegato o sui testicoli risveglieranno subito il sospetto della sifilide.

Nel sistema nervoso Moxon crede che la sifilide attacchi soventissimo la superficie del cervello ed i suoi involucri, con decorso lento e restando perfettamente limitata. Queste lesioni sono aderenze delle membrane fra loro o colla corteccia cerebrale, coll' intermezzo di un tessuto duro giallastro impropriamente chiamato linfa. Questo essudato può mostrarsi in tutte le parti dell' organo, è di andamento lento, ed allorchè è alla base può comprimere i nervi cranici. Altre volte la lesione sifilitica ha la forma di un tumore rossastro, vascolarissimo al di fuori, ma presentante al centro il carattere della gomma; altre volte sono piccoli tumori giallastri, duri infossantisi nel cervello, attorno a questi tumori può svilupparsi un pò di infiammazione o di rammollimento.

Nel midollo tutte le lesioni sia diffuse o circoscritte si riscontrano durante il periodo terziario. A differenza dell'opinione del dott. Wilks l'A. pensa vi sia una certa differenza tra le lesioni del sistema nervoso dei due periodi, essendo quelle del terziario più profonde, più lente, e torpide che quelle del secondario. Insomma sono piuttosto conseguenze della malattia che effetti diretti di essa. Anche le lesioni sifilitiche delle ossa del cranio, o del canale vertebrale possono fare ammalare il cervello, il quale può anche rammolirsi in seguito alle alterazioni sifilitiche dei vasi.

Broadbent descrive poscia gli effetti della malattia sulle diverse parti del sistema nervoso.

Le nevralgie sono frequenti e pochissimo differenti da quelle dipendenti da cause comuni; si mostrano a tutti e due i periodi, ma precedono più soventi le sifilidi cutanee secondarie. Il dolore è più intenso terebrante, e quasi continuo in un periodo più avanzato, e dipendente o da nevromi sifilitici, o dalla compressione del nervo per un tumore gommoso.

Le paralisi periferiche si osservano principalmente nel sistema oculare. Ciò succede sopratutto nella sifilide terziaria, e non è cosa comune. Queste paralisi sono quasi sempre dovute alla compressione dei nervi fatta dal periostio ingrossato, e più tardi dall'essudato meningeo che si forma attorno ai cordoni nervosi. Fra i nervi cranici il terzo pajo è il più frequentemente attaccato, donde la midriasi, i disturbi di accomodazione, la blefaroptosi se la compromissione del nervo è parziale; e quando è leso in totalità allora si ha strabismo esterno, ed immobilità del bulbo. L'Autore crede che la predilezione della sifilide per questo nervo viene da ciò, che l'essudato meningeo si mostra sopratutto al livello dello spazio intrapeduncolare attraversato dal terzo pajo, nel suo tragitto verso il seno cavernoso. Una periostite ed un tumore della sella turcica diedero pure questa paralisi. Anche il sesto, il settimo ed il nono possono esserne affetti.

Espone quindi l'Autore un caso di nevralgia dei nervi del braccio e del collo, e di paralisi parziale delle membra superiori, ed un altro di paralisi dei muscoli flessori della coscia e della gamba e del piede di sinistra, con anestesia alla parte anteriore della coscia e della gamba.

Nella seconda lezione parla della diagnosi delle affezioni nervose d'origine sifilitica. Afferma che nelle alterazioni midollari sifilitiche i disturbi della sensibilità sono meno apprezzabili di quelle dovute ad altre cause, e che le lesioni dei cordoni posteriori sono più frequenti di quelle delle altre parti, ma cita anche osservazioni di mielite acuta di origine sifilitica. Per la diagnosi l'Autore appoggiasi sugli antecedenti e sulla guarigione mediante la cura specifica.

Le affezioni nervose sifilitiche del midollo allungato avrebbero per carattere ancor più dominante un decorso lento ed irregolare, e la sede della lesione secondo Moxon sarebbe nello spessore del tessuto piuttosto che nella superficie.

Nella terza lezione spiega la moltiplicità delle forme sintomatiche delle lesioni cerebrali di cui tratta, quali convulsioni, paralisi, disturbi intellettuali, ecc., trattandole nei seguenti capitoli:

1.° Forme risultanti dall' alterazione superficiale delle meningi e dei vasi, caratterizzate dall' insorgenza di attacchi convulsivi periodici, questa è l'epilessia sifilitica di Broadbent.

2.° Forme dipendenti da lesioni più profonde delle meningi.

3.° Forme dipendenti da tumori sifilitici, e da sifilomi, che si incontrano sopratutto nella sifilide infantile.

4.° La trombosi sifilitica.

L'epilessia può essere causata da meningite lenta, da lesioni delle ossa, della superficie degli emisferi, o dei piccoli vasi esteriori che disturbano la circolazione della sostanza grigia. Abitualmente questa epilessia è una manifestazione della sifilide terziaria, però l'Autore l'avrebbe veduta anche qualche mese dopo i fenomeni primitivi; può simulare veri accessi di epilessia e non essere devoluta ad altro che a disturbi affatto passagieri. L'epilessia sifilitica presenta molta irregolarità di periodo, e nell'intervallo degli accessi la salute non è affatto ristabilita come nella vera epilessia, ma esistono sempre alcuni sintomi nervosi.

Nello studio delle lesioni più profonde delle meningi l'A. non porta a dir vero, come benissimo osserva Gouguenheim, del cui estratto ci siamo serviti, dati precisi perchè non dá descrizioni anatomo patologico in quei pochi casi dove la malattia terminò colla morte, e negli altri i sintomi si confondevano facilmente con quella dei tumori del cervello.

I tumori sifilitici occasionano gli stessi disturbi e quindi gli stessi sintomi degli altri tumori di quest'organo. Un segno caratteristico dell'esistente tumore cerebrale sifilitico sarebbero i movimenti convulsivi unilaterali, più o meno violenti ed estesi ed associati a perdita di coscienza. Questi movimenti comincerebbero ai membri superiori, od anche agli inferiori, ed alla faccia, ed allora vi potrebbe essere perdita della parola. L'A. avrebbe trovato esempii di queste convulsioni in Zambaco, Lancereaux, e Gros, e pensa con Jackson siano dovute a lesioni delle differenti circonvoluzioni cerebrali e potrebbero verificare la realtà delle esperienze di Ferrier.

I disturbi nervosi dovuti alle lesioni arteriose, sono abbastanza frequenti ed importanti. Le arterie possono in simili casi essere prese da infiammazione e da trombosi, e quindi otturare le arterie e produrre rammollimento cerebrale. Si può quindi avere anche paralisi più o meno estesa, contratture limitate ad un membro, e coincidenza qualche volta con disturbi intellettuali, del resto comuni nelle malattie nervose sifilitiche. Anche le trombosi sono frequenti e lo provano oltre gli studii dell'Autore, quelli di Zambaco, Gros, e Lancereaux.

Caso di sifilide gommosa precoce e refrattaria all'ioduro di potassio; del dott. C. Mauriac. (*Giorn. It. delle malattie veneree e della pelle* 1874).

Il dott. Mauriac a provare che è quasi sempre impossibile il fare un esatto pronostico sulle conseguenze di un' ulcero e di prevederne i sintomi, il decorso, la forma ecc., della sifilide generale pubblica minutamente una storia di un caso di sifilide gommosa precoce e refrattaria all'joduro di potassio. Un giovane di 19 anni contrasse un ulcero infettante di forma comune e di media intensità, apparso dopo 20 giorni di incubazione. Alla fine della quinta settimana apparve un'indizio di uno stato di cachessia acuta, caratterizzato da anemia, inappetenza, grande debolezza muscolare ecc., non avente altra causa che la sifilide. Verso la stessa epoca sopravvenne eruzione discreta di roseola papulosa

che fù la sola manifestazione secondaria e disparve alla fine della terza settimana. Intanto lo stato della cachessia continuava, e dieci settimane dopo la comparsa dell'ulcero, si sviluppava un tumore gommoso sulla gamba destra, che venne curato col joduro di potassio ma inutilmente perchè passava ad ulcerazione con aggravamento della cachessia acuta delle prime fasi della sifilide. Quattro mesi dopo la comparsa dell' ulcero, presentavasi un secondo tumore gommoso sulla coscia destra, che si aperse e guarì rapidamente.

All'ottavo mese della sifilide insorgeva un terzo tumore gommoso che suppurava, alla regione del cubito destro. Malgrado l' apparizione di queste gomme lo stato generale migliorò rapidamente, e la cachessia scomparve dopo quattro o cinque mesi di durata,

Al nono mese della sifilide, un quarto tumore gommoso sviluppavasi nello spessore della guancia destra; un quinto verso il medesimo tempo nella regione del polso sinistro; con alternative di aumento e di diminuzione, e che all'ottantesimo giorno di sua durata si esulcerava.

Lo stato generale era perfetto. Il joduro di potassio alla dose di 8 gr. diè nessun risultato. Il tumore alla guancia al cinquatesimo giorno di sua durata si aprì all'esterno e si esulcerò, indi si fece stazionario malgrado l'uso del joduro di potassio e del mercurio, e non cicatrizzava se non dopo 180 giorni. Al quindicesimo mese della sifilide, un sesto tumore gommoso nasceva al pavimento orale, che si apriva dopo un mese, evacuando il suo contenuto in modo intermittente, e si cicatrizzò sul finire del quinto mese di sua durata. Al sedicesimo mese della sifilide, appariva una settima gomma, diffusa, ulcerata al carpo sinistro, guarigione in due mesi. La salute generale sempre eccellente. Otto grammi al giorno di joduro di potassio. Al ventiduesimo mese della sifilide, emottisi senza causa apprezzabile, sospensione della cura. La gomma alla guancia occasionò una fistola salivale sul tragitto del canale Stenoniano, ma che guarì subito col tocco di nitrato d'argento. Osservossi intanto che la cura col joduro di potassio non aveva apportato alcuna cattiva conseguenza nè sugli organi nè sulle funzioni, e sembra che la emoftoe non ne sia stata l'effetto. Al venticinquesimo mese della sifilide, comparivano altri due tumori gommosi ai lati del collo. Dopo una sospensione di 4 mesi riprendevasi del joduro di potassio.

Undecimo tumore gommoso appariva alla regione del carpo sinistro che suppurava e si esulcerò in brevissimo tempo. Evoluzione assai lenta di una delle gomme cervicali.

Seguiva un undecimo tumore gommoso al pavimento orale che non suppurava. Sospensione dell' joduro. Al ventottesimo mese della sifilide ripresa dell' joduro. La gomma cervicale sinistra alla sua sedicesima settimana non si era ancora aperta, si aprì più tardi esulcerandosi, e non guarì che dopo 10 mesi. La gomma cervicale destra non suppurò.

Al trentatreesimo mese della sifilide, idrartrosi ed artropatia grave del ginocchio sinistro. Ascesso gommoso al di sotto del legamento rotu-

liano che non guarì che dopo otto mesi. Alterazione della salute generale. Continuazione del joduro di potassio, che finalmente dopo 4 anni di durata sembrò spegnere in questo disgraziato individuo la sifilide.

Dalla suaccennata forma morbosa di sifilide che l'Autore trova a ragione interessantissima, e per l'essersi spiegata fino dal suo esordire con una forma gommosa, e per la sua resistenza al joduro di potassio, anche da lui creduto infallibile in queste manifestazioni, ne trae le conseguenze seguenti:

I. Che l'ipotesi della pluralità dei virus sifilitici è inamissibile e non spiega le forme eccezionali della malattia costituzionale, e che i caratteri della sifilide nel soggetto infettato non dipendono in modo assoluto dai caratteri della sifilide del soggetto infettante.

II. Che vi ha difficoltà a determinare le condizioni fisio-patologiche dell'organismo, che imprimono alla sifilide un tale o tal'altro modo di essere. Che la cachessia susseguita alla comparsa dei primi accidenti non ha preso parte, o solo in modo accessorio alla patogenia dei tumori gommosi, e che in molti casi havvi un vero contrasto tra la gravezza dello stato generale e la benignità delle forme locali; pare quasi che vivano tutte e due di vita propria.

III. Che nel decorso generale di questa sifilide gommosa fuvvi una brevità estrema della fase virulenta consecutiva all'accidente primitivo; ed una localizzazione esclusiva delle sue manifestazioni sui tegumenti esterni; non che una precocità insolita delle gomme, e una fatale loro tendenza all'ulcerazione.

IV. Che i tumori gommosi circoscritti ed i tumori gommosi diffusi non fu un'identica natura, e che talune di queste produzioni gommose ebbero origine dal periostio, come anche che nella artropatia al ginocchio vi partecipassero e i tessuti molli e l'ossatura, e vi fosse stato un vero tumor bianco sifilitico. E che finalmente lo stato morboso consecutivo alla cachessia non fù per intensità in rapporto consecutivo a questa.

V. Nota la refrattarietà di questa sifilide gommosa al joduro di potassio, i cui effetti preventivi se sono quasi nulli, è però provato esso agire molto bene a malattia sviluppata, e ne riferisce un'esempio.

Riassume con queste conclusioni:

1.° L'ulcero infettante il più semplice può dar luogo ad una sifilide irregolare.

2.° Tra le anomalie della sifilide, ve n'ha una che consiste nella brevità e benignità degli accidenti cutanei e mucosi, e nella precoce apparizione di produzioni gommose.

3.° L'osservazione precedente prova che le produzioni gommose soppravvengono talora a tre mesi dopo l'inizio dell'ulcero.

4.° Queste gomme precoci si sviluppano come le gomme delle sifilidi antiche. È possibile che esse non abbiano alcuna tendenza alla risoluzione, e che siano assolutamente refrattarie all'joduro di potassio che non può ne prevenirle ne guarirle.

Sulle modificazioni del gran simpatico nella sifilide costituzionale; del dott. P. Petrow, de Saint-Pètersbourg. (*Arch. f. path. anat. und phys.* LVII. livr. 1).

L'Autore rilevò due sorta di alterazioni in dodici casi da lui studiati, le une si mostrarono nelle cellule nervose, altre nel tessuto connettivo.

1.º Nelle modificazioni del protoplasma delle cellule nervose osservò quando i casi non erano troppo recenti delle granulazioni pigmentose brune, raggruppate o regolarmente disseminate. E quando la malattia era più avanzata il pigmento riempiva tutta la cellula, mascherando completamente il nodo. Il pigmento proveniva dall'ematina dei globuli rossi. L'endotelio della superficie interna delle cellule ganglionari trovavasi il più sovente proliferato in modo, che le cellule nervose erano contornate da uno strato semplice di cellule poligonali con nodi arrotondati a contorno molto marcati. In molte cellule nervose pigmentate il protoplasma era trasformato in materia colloide.

2.º Nelle alterazioni del tessuto connettivo rinvenne un'iperplasia enorme, nel cui mezzo le fibre e cellule nervose si trovavano come strozzate. Le cellule endoteliali che contornavano i tubi nervosi partecipavano ordinariamente del processo morboso; erano torbide granulose, i loro contorni più o meno cancellati, ed i nodi più distinti. Nei punti ed a maggior tempo alterati, l'endotelio della faccia interna della capsula nervosa era rimpiazzata da una massa granulosa solubile nell'etere, le cellule nervose piccole, irregolari, angolose cariche di pigmento in alcuni punti, erano rappresentate solamente da agglomeramenti di granulazioni pigmentose. Le guaine delle fibbre nervose erano ispessite, i loro nodi proliferati, la mielina finamente granulosa ed in qualche punto a frammenti.

L'Autore conchiude:

1.º La sifilide costituzionale si manifesta nel gran simpatico con trasformazioni degli elementi nervosi e del tessuto connettivo interstiziale.

2.º Le cellule nervose si pigmentano, e subiscono la trasformazione colloide.

3.º Si sviluppano nel gran simpatico, come in tutti gli altri organi, delle iperplasie del connettivo che atrofizzano gli elementi nervosi.

4.º L'endotelio che contorna le cellule nervose proliferate subisce più tardi la degenerazione grassa.

Sifilide ed eritema multiforme; del dott. Erust Odmansson. (*Giorn. It. delle malattie veneree ecc.*, 1874).

L'Autore accenna che l'eritema semplice può mostrarsi nei sifilitici talora anche contemporaneamente ai sifiloderma; e pone il quesito se la sifilide può dar luogo a cutanee eruzioni perfettamente simili all'eritema semplice multiforme.

Egli riferisce in proposito tre casi. Nel primo la sifilide era esclusa pel

carattere generale dell'affezione e per l'assenza di sintomi sifilitici evidenti.

Nel secondo l'esantema era una malattia intercorrente che si esacerbava e rimetteva affatto indipendentemente dalla sifilide.

Nel terzo invece l'eruzione aveva preso il posto della primiera sifilide nella serie patologica, e non si mostrò mai altra affezione cutanea.

Della così detta psoriasi sifilitica; del dottor Louis A. Duhring. (*Vierteljahresschrift für Dermatolog. und syphilis. herausgegeben von Pick und Auspitz in Prag und Wien.* 1874, *Erstes Heft.*)

Parla prima l'Autore della nomenclatura in dermatologia, ed esprime il desiderio di una riforma di essa.

Quanto alla psoriasi sifilitica egli la classifica una semplice forma di sifilide, senza traccia alcuna di psoriasi; e l'infiltrazione papulo-squammosa sifilitica, la quale chiamasi appunto psoriasi sifilitica, non la ritiene legata strettamente alla sifilide ma vi riconosce solo una somiglianza con questa. Quindi egli la chiamerebbe *una sifilide cutanea squammosa.*

Delle affezioni sifilitiche della lingua. — Conferenza tenuta da Ricord, raccolta da Marchaut. (*Union. méd.* pag. 753, 1874).

In questa conferenza Ricord espone alcuni schiarimenti per stabilire solidamente il diagnostico di varie affezioni sifilitiche della lingua.

Parlando dei fenomeni primitivi dice che sebbene non sia fuor di luogo che possa esistere l'ulcero molle della lingua, pure egli non lo ha mai veduto.

L'ulcero indurato è stato confuso soventi coll'ulceroide allorchè nel lasso di tre settimane aveva preso tutto il suo sviluppo. Essendo il decorso dell'ulcero poco rapido, indolente, mentre l'ulceroide è doloroso e più rapido.

L'adenopatia che segue l'ulcero sopraviene nel primo settenario, non suppura mai, a meno che il soggetto non sia soverchiamente indebolito. Egli conchiude adunque che se un'induramento tubuliforme della lingua si accompagna ad ingorgo ganglionare e le glandule non suppurino, è un ulcero sifilitico.

Riguardo al diagnostico fa notare che frequentemente negli accidenti secondarii esistono delle macchie somiglianti e quelle della roseola, rosse circolari, con desquamazione rapida dell'epitelio, che non sovrapassano mai i pilastri e la vôlta del palato, allora non vi ha risentimento ganglionare. Mette sottocchio inoltre che le papule, e le placche mucose che ne conseguono sono state molte volte confuse coll'idrargirosi, ma vi sono dei caratteri distintivi, cioè che questa si accompagna di odore fetido, di ringonfiamento generalizzato della mucosa, ma specialmente che l'idrargirosi principia sempre da un punto della mucosa ammalata, al livello di un dente guasto, di una commissura abbruciata dalla pipa ecc., e questo è tanto vero che i bambini ed i vecchi che non abbiano denti non patiscono idrargirosi.

Noi non sconoscendo che l'idrargirosi possa cominciare appunto in un punto della mucosa già scoperta per qualsiasi ragione dello strato più superficiale, pure non possiamo convenire coll'illustre sifilografo nella conclusione che riguarda i bambini lattanti; nei quali se troviamo difficilissima o non troviamo affatto l'idrargirosi non si è perchè non abbiamo un punto nella bocca leso in cui possa cominciare a manifestarsi, ma perchè il latte contenuto nel loro stomaco avvalora l'azione del sale mercuriale che generalmente si somministra a questi piccoli individui, (che generalmente è il calomelano), e lo fa agire più facilmente come purgante. A miglior schiarimento di questo nostro asserto possiamo rimandare il lettore alla nostra rivista sifilografica edita negli « Annali univ. di medicina » nel 1874, là dove parliamo del lavoro di Ranieri Bellini. Le gomme possono venir confuse coll'ulceroide, esse sono indolenti e principiano sempre nell'interno dell'organo. Differiscono assolutamente dall'ulceroide per il loro nucleo che è multiplo, mentre l'ulceroide è solitario, per l'assenza assoluta di risentimento gangli onare, mentre l'ulceroide si accompagna di adenopatie allorchè è ulcerato.

Occlusione membranosa sifilitica della rima della glottide; del dottor Luigi Elsberg. (*Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

Senza il laringoscopio è impossibile stabilire una diagnosi differenziale dell'occlusione della rima glottidea. Sopra 270 casi di sifilide questa lesione l'Autore l'osservò sei volte specialmente all'epiglottide ed alla cartilagine aritnoidea.

Nulla si può stabilire circa alla distanza di tempo tra l'infezione primitiva e la formazione della membrana, ne circa l'influenza che vi possano avere l'età ed il sesso. Essa è formata da tessuto cicatrizziale consecutivo ad ulcerazione sifilitica.

Nella diagnosi sono chiari i sintomi di laringo-stenosi, e la storia del caso l'ajutano, il laringoscopio serve a determinarne la sede e la natura membranosa.

L'occlusione sifilitica non membranacea è situata d'ordinario sopra la rima della glottide, ed è formata dalla infiltrazione e gonfiezza della piega ari-epiglottidea, delle posteriori o laterali pareti della cavità superiore laringea o pieghe ventricolari. L'occlusione membranosa non sifilitica può essere o congenita o traumatica, come per ferite accidentali ecc.

Il laringoscopio solo decide la quistione se un'occlusione sifilitica sia membranacea o no; se è sifilitica esistono ulceri caratteristiche in altre parti della laringe o negli organi vicini.

La prognosi può essere anche infausta.

Cura. — La cura della occlusione membranosa sifilitica della rima della glottide, deve essere generale e locale.

La generale comprende l'igiene, i tonici, il joduro di potassio solo o con mercurio.

La locale nei casi estremi si fa colla tracheotomia. Per rimuovere la membrana si praticherà l'operazione colla galvano-caustica.

L'Autore ricorda gli svantaggi della tirotomia, perchè è seguita talvolta da un' adesione o dalla formazione di una membrana.

L'apparecchio elettrico usato dall'Autore è la batteria di Voltolini, di due elementi carboni e zinco. Generalmente occorrono diverse applicazioni di galvano caustica ripetute di tempo in tempo.

La cura consecutiva si compone di esercizii ginnastici vocali, di inalazioni astringenti e dolcemente spruzzate, o dell'uso di candelette o di dilatatori, finchè il pericolo di rinnovazione della membrana sii passato.

Sugli stringimenti sifilitici del retto; del dottor Godebert. (*Thèse de Paris* 1873, e *Revue de sciences méd.* Juill 1874).

L' Autore ammette che una causa frequente degli stringimenti del retto sia la sifilide. Li divide in 3 classi.

1.° Restringimenti secondarii che sono la trasformazione di placche mucose del retto, possono esistere ad altezze variabili ma dove il dito esploratore può sempre arrivare, ordinariamente la loro altezza non oltrepassa 1 centimetro ad un centimetro e mezzo.

2.° Restringime nti terziarii dipendenti da ulcerazioni profonde dovute alla sifilide terziaria, sono dello stesso spessore dei secondarii. Sopravvengono dopo parecchi anni dall' esordire della sifilide ed hanno un' andamento lentissimo.

3.° Restringimenti quaternarii che sono molto più rarì, e dipendono da una infiltrazione neoplasica diffusa dovuta alla diatesi, vi si formano delle fibbre di tessuto connettivo che si raggrinza a poco a poco.

Nel periodo di ulcerazione o di edema delle pareti la cura specifica gioverà, altrimenti bisogna ricorrere alla chirurgica.

Casuistica alla dottrina della febbre sifilitica; del dott. Jarcovsky. (*Prager Vierteljahvsch. f. Heil-kunde*, 1874, CXXI, v. CXXIV).

L'Autore nei casi da lui raccolti di malattie sifilitiche ebbe il 23 per 100 di febbre eruttiva, senza contare quelle dei casi recidivanti. In alcuni di questi vi furono prodromi fortissimi, brividi, prostrazione generale intensa e cefalea sotto varie forme, dolor frontale, o parietale o emicrania.

La febbre non si manifestò prima di 40 giorni; il maggior numero degli ammalati la presentarono fra il 42 ed il 48 giorno. Il tipo della febbre fù ora continuo ora intermittente con esacerbazioni serali. La febbre diminuiva quando cominciava l'esantema, e se era tuttora continua diminuiva sotto l'uso del mercurio e del jodio, che l' Autore considera quasi come specifico di essa.

Il grado del calore non è in relazione della forza ed estensione della forma cutanea, tante volte la febbre è forte e l'esantema debole.

Del tumore di milza nella sifilide recente; del dott. Weil. (*Centralblatt*, 1874. Numero 12).

L'Autore crede che in tre casi di sifilide recente in cui egli trovò

l'ipertrofia della milza, questa come nel tifo, nell'impaludismo, e nella febbre tifoide fosse prodotta da un infezione del sangue. Di questi tre casi, due presentarono la milza ingrossata 3 o 4 settimane dopo la roseola, e il terzo un pò più tardi.

L'ipertrofia era abbastanza considerevole, e scomparve rapidamente sotto la cura antisifilitica. L'Autore crede questo tumore di milza devoluto alla sifilide, prima per l'esito avuto dalla cura specifica, e poi per l'assenza di ogni altra causa.

Triplice paralisi oculare da causa sifilitica; del dott. ALFREDO FOURNIER. (*Annales de dermatolog. et de syphiligraf.* Tom. 5. N. 3 pag. 190).

Fournier pubblica un'interessante caso di paralisi del 3° e 6° pajo a destra e paralisi del 6° a sinistra.

L'ammalata aveva contratta la sifilide 4 anni prima, aveva avuto diversi accidenti sifilitici principalmente roseola generale e placche mucose alla vulva, caduta dei capelli, ulcerazioni alla bocca, ed aborto di un feto morto. Non fece mai una cura mercuriale, tuttavia con polveri toniche migliorò al punto a credersi guarita. Se non chè tre anni dopo fu presa da violenti dolori al capo, principalmente nella seconda metà della notte, e da quest'epoca cominciarono i sintomi morbosi all'organo della vista che l'avevano ridotta, quando entrò nell'ospedale a Lourcine, nel seguente stato.

Alla parte destra paralisi evidente del 3° pajo, caratterizzata 1.° da abbassamento parziale della palpebra superiore ed impossibilità a rialzarla volontariamente. 2.° Dall'occhio fisso, cornea e pupilla sulla linea mediana, il globo oculare non poteva muoversi in alto in basso ed all'innanzi. 3.° Dalla dilatazione considerevole della pupilla. Del resto la visione era perfetta; nessuna injezione nell'occhio, e nessun disturbo nei mezzi diotrici.

Inoltre dalla stessa parte, eravi paralisi del 6° pajo, e quindi impossibilità assoluta del globo oculare a moversi all'indietro.

A sinistra i fenomeni erano differenti: Eravi nè ptosi, nè dilatazione pupillare, i movimenti erano liberi in tutte le direzioni ma osservavasi un leggier strabismo convergente. Quindi paralisi del 6°.

Del resto non eranvi che leggieri dolori al capo ed al braccio e spalla destra.

Le fù prescritta la cura con frizioni mercuriali, gargarismi di clorato di potassa e 3 cucchiaj di sciroppo di joduro di potassio (30 grammi di joduro per 500 grammi di sciroppo) e prima di un mese tutti questi fenomeni morbosi erano scomparsi.

Sei mesi dopo però l'ammalata si fece vedere ancora da Fournier per una gomma ulcerata alla gamba destra, cosa che del resto non sorprese l'Autore il quale mostrasi convinto della facilità delle recidive nelle malattie sifilitiche.

L'interesse di questa storia sta nella moltiplicità dei disturbi paralitici che si osservano associati più nella sifilide che in qualunque

altra malattia, per cui ha un significato particolare dal lato diagnostico.

Gamba. — **Due lettere dirette al Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle,** 1874.

Avendo il dott. Jullien di Lione inviato all'Autore due rubriche per avere dati statistici numerosi circa la questione del tempo di incubazione dei sintomi terziarii in relazione alla cura, egli scrive anche una lettera nella quale espone le sue idee in argomento. I casi scielti provano che i sintomi terziarii sono tardivi se la cura è fatta precocemente, ed in alcuni casi sono nulli, come sono tardivi i secondarii se la cura fù fatta al primo apparire del fatto iniziale.

Quanto poi alle sue convinzioni scientifiche crede l'Autore che anche gli ulceri molli tipici sempre restati tali fino a guarigione possono essere susseguiti dalla sifilide generale, come altre volte questa non segue l'ulcero tipico indurato. Constata però tutti i giorni che l'infezione generale segue generalmente il secondo, mentre non appare quasi mai dietro il primo. Come poi ciò succeda non si può spiegare.

Egli è per questo, che l'Autore, seguendo la pratica di Sperino, per consuetudine senza fare la cura generale ad ogni ammalato di ulcero iniziale, applica però l'unguento napoletano doppio misto col burro di cacao sull'ulcero, e ciò fino a guarigione ed anche per più lungo tempo se l'ulcero guarisce prima dei 30 o 40 giorni. Nell'uomo lo applica attorno alla radice del glande, e nella donna introduce un poco di filaccia unguentata fra le piccole labbra, collo scopo di fare assorbire dagli stessi vasi linfatici che trasportano il virus alle ghiandole crurali, iliache e lombari lo specifico che lo neutralizzi in sito. Supposto che il virus sifilitico sia costituito da vibrioni microzoi viventi, come dicono i microscopisti, inocula così il rimedio parassiticida per eccellenza; o secondo la teoria di Sperino neutralizza il virus primitivo prima che siasi trasformato in virus secondario.

Con questo metodo scevro di inconvenienti andò incontro a pochissimi casi di sifilide costituzionale.

Quando poi ha da fare colla sifilide costituzionale già manifesta, allora preferisce la cura colle unzioni alle gambe, od anche al tronco, secondo la sede dell'affezione. In media fa fare all'ammalato da 40 a 50 frizioni nel lasso di 3 mesi. Egli è d'avviso che ci vuole *poco mercurio* e *molto tempo.* Nei casi antichi e ribelli aggiunge il joduro di potassio per via interna, anche nella idea che questo rimedio ritardi ed impedisca la salivazione.

Preferisce questo metodo essendo persuaso che il focolare di infezione risieda nelle glandole linfatiche e nei linfatici efferenti dell'ulcero infettante; e crede che finchè questo focolare non è distrutto in sito la sifilide costituzionale non sia guarita.

Le injezioni sottocutanee in genere le dovette abbandonare, perchè oltre a produrre gli accidenti comuni agli altri metodi per via interna,

ne hanno dei proprii, ed inoltre non vidde mai una guarigione durevole, anzi soventi le trovò inefficaci a guarire i sintomi secondarii di prima manifestazione.

Estratto di una lezione fatta a S. Maria sulla sifilide terziaria e la cachessia da sifilide; del Dott. S. A. Lane. (*The Lancet* 26 juill. 1873 pag. 118).

Nella incertezza in cui si trovano tuttora i sifiliatri sulla classificazione esatta di quali dei fenomeni sifilitici si debbano chiamare secondarii o terziarii, e quindi quale medicamento si debba contro essi adoperare, e quando si possa far uso del mercurio, quando del joduro di potassio, l'Autore espone una classificazione dei varii accidenti, in varie sezioni; e secondo questa adopera ora l'uno ora l'altro dei soprannominati rimedii.

La prima di tali sezioni comprende gli accidenti secondarii ed in essa sono comprese:

1.° Le affezioni della pelle, che a loro volta si suddividono in *eritematose*, (roseola), *papulose* (lichene), *tubercolose* (tubercoli che ponno desquamarsi, esulcerarsi, e ricoprirsi di croste) *squamose* (psoriasi, lebbra) *pustolose* (ectima).

2.° Affezioni delle membrane mucose o semi mucose, che comprendono *le ulceri bianche superficiali*, d'aspetto aftoso, aventi sede sulle amigdale, il velo palatino e la gola; *ulceri superficiali dei bordi della lingua e degli angoli della bocca;* tubercoli mucosi o condilomi delle superfici semi-mucose; ulceri profondamente escavate delle tonsille.

3.° Irite, dolori muscolari, articolari delle ossa; periostiti; nodosità.

La seconda sezione comprende:

1.° Le infiammazioni delle membrane fibrose cioè: *periostiti* (confinanti colle nodosità); *carie e necrosi delle ossa; flogosi dei tessuti fibrosi articolari*; flogosi dei tessuti fibrosi del testicolo (orchite); flogosi dei tessuti fibrosi del globo oculare (sclerotite).

2.° Affezioni della pelle e delle mucose cioè; *rupia, ulceri cachetiche della pelle; ulcerazioni rapide e gangrenose del velo palatino*, dell'istmo delle fauci, della faringe e della laringe, del retto, della vagina, delle grandi e piccole labbra.

3.° Depositi di linfa fibro-plastica imperfettamente organizzata cioè: nel tessuto areolare (tubercoli sotto cutanei o sotto mucosi); nel tessuto muscolare (sopratutto nella lingua o negli altri muscoli, visibili all'autopsia, nel fegato, nella milza, nei reni, nei polmoni, ed altri visceri).

4.° Depositi lardacei e scirrosi; trovati qualche volta all'autopsia di individui dediti alla corruzione.

Osserva però l'Autore che vi possono essere eccezioni, così la periostite con nodosità può prendere posto in tutte e due le sezioni:

Il tubercolo e l'ectima possono produrre una ulcerazione distruttiva rapida e svelare allora la cachessia sifilitica. Così dicasi dell'irite, che alcune volte per l'estensione di una sclerotite si risveglia al periodo

terziario. In tali casi i sintomi concomitanti rilevano lo stato costituzionale della malattia.

Circa poi alla vera natura della cachessia sifilitica, Lane espone un'ipotesi fondata per analogia sulla fermentazione che sopravviene quando una soluzione zuccherina o glutinosa si trovino di fronte. La produzione del fermento cessa quando non vi ha più glutine, e si risveglia per l'addizione di questo; in pari modo il virus dell' ulcero altererà durante il periodo primario e secondario, uno o varii dei principii costitutivi del sangue, e la cachessia sifilitica o sifilide terziaria corrisponderà allo stato di questo liquido similmente deteriorato. Forse il mercurio si impadronirà di questi principii non conosciuti, distruggendo così le condizioni necessarie alla formazione del virus, giustificando così e coloro che hanno fede nella cura mercuriale, e quelli che l'accusano di ajutare a provocare la cachessia sifilitica.

L'ipotesi di Lane spiegherebbe pure perchè i sifilitici al terzo grado non possono ne subire una seconda inoculazione del virus primitivo, ne comunicare la malattia a persone sane, e permetterebbe di comprendere il vantaggio che questi ammalati provano dai tonici e stimolanti mentre il mercurio è loro di nessun giovamento.

Atrofia dei muscoli interossei della mano in due sifilitici; del Dott. A. Barety. (*Annal. de dermatolog. et de syphiligraph.* tom. V. n. 3).

Sono due interessanti storie di atrofia nei muscoli della mano determinata da compressione di nervi.

L'osservazione I^a^ concerne una sifilide datante da 3 anni, con consecutiva esostosi vertebrale nella regione cervicale. Paraplegia quasi completa dei membri superiori, e paralisi incompleta degli inferiori. La cura fu praticata colle frizioni mercuriali ed il joduro di potassio, e fu completo il successo, giacchè i movimenti delle membra inferiori ritornarono completamente dopo un mese circa, e quasi completo negli inferiori dopo 4 mesi e mezzo, e l'atrofia muscolare scomparve affatto.

L'osservazione II^a^ riguarda un' uomo di 42 anni, gottoso e figlio di una tubercolosa, che quattro anni prima aveva contratto un' ulcero al prepuzio per cui era stato curato coi mercuriali e col joduro di potassio. Quattro mesi dopo altre eruzioni cutanee ed un anno dopo l' accidente primitivo apparizione di due tumori gommosi, l'uno alla parte interna e media del braccio, l'altro alla inferiore del margine cubitale dell'avambraccio destro. Anestesia cutanea della mano sopratutto delle ultime due dita, con abbassamento di due gradi della temperatura di questa mano in confronto colla sinistra. Atrofia dei muscoli interossei della stessa mano. Rossore soppravvenuto in seguito all' estremità del mignolo di questo lato con una flictena al polpastrello, apparizione ogni tre mesi circa di vescicole flictenoidi lungo il bordo interno o cubitale di questo dito. La cura si fece coi mercuriali dati tanto per lo stomaco quanto per la via ipodermica, col sublimato corrosivo, e col joduro di potassio. Le gomme sotto tale trattamento sparirono, e guarì pure un' indurimento

del testicolo sinistro che era soppravvenuto in seguito. L'anestesia cutanea però della mano e l'atrofia muscolare degli interossei persistette. Indi a non molto tempo gli si svilupparono ulcerazioni alla gamba sinistra, che furono curate con empiastro di Vigo e joduro di potassio; e diffatti queste guarirono, ma le lesioni al braccio destro (anestesia, atrofia muscolare ecc.) persistettero malgrado l'elettricità applicate a lungo.

Gomme del tessuto cellulare; del Dott. Fournier. (*Progrés. méd.* e *Revue des sciences méd.* Octob. 1874).

Fournier definisce le gomme del tessuto cellulare per: *tumori nodosi e circoscritti, che primitivamente solidi ed aflemmasiaci più tardi si rammolliscono, si ulcerano per processo infiammatorio circonvicino, ed eliminano come prodotto quasi caratteristico una materia marciosa biancastra simile ad un' escara carnosa.* L'Autore vi riconosce quattro periodi: di formazione, di rammollimento con infiammazione circonvicina, di ulcerazione e di riparazione.

Tra i sintomi nota principalmente: il dolore che è nullo in generale, ma qualche volta invece vivissimo e dipendente dalla compressione di qualche nervo, per cui si possono avere anche altri sintomi dipendenti da innervazione alterata. Alcune volte vi può essere una specie di diatesi gommosa che indica sifilide grave. Quanto al volume egli ne vide una della grossezza di una mezza testa di feto. L'ulcero gommoso può estendersi e diventare fagedenico. Insiste sul mettere in rilievo che alcune volte dopo la guarigione possono manifestarsi altre gomme ed ulceri gommose sulle cicatrici già chiuse.

Nella diagnosi distingue nella gomma due punti caratteristici: l'esistenza dei caratteri del prodotto marcioso summentovati, e il modo di evoluzione, tumor prima solido che si rammollisce e da luogo ad un ulcero di aspetto speciale.

Si distingue la gomma dal cancro, perchè in questo oltre i dati anamnestici, il tumore è unico, quasi sempre generalmente voluminoso irregolare e gozzuto, aderente alla pelle dolorosa, nella gomma invece il tumore è lucentissimo, multiplo, di piccolo o medio volume, ovoide, raramente a gozzi, non aderente alla pelle, indolente. Le glandole sono intatte nella gomma. Non conviene molestare una gomma od aprirla a qualunque epoca la si trovi, a meno di casi speciali. L'Autore è del parere che non bisogna adoperare insieme il joduro di potassio ed il mercurio; il joduro deve essere la base della cura, il mercurio può darsi nelle gomme precoci, quando la sifilide è ancora recente, all'epoca che il mercurio agisce ancora, e contro le gomme ribelli. Una volta scomparse le gomme, la cura deve continuarsi ancora per qualche tempo.

Studii clinici di sifilografia; del dott. De-Paoli Erasmo. (*Giornale It. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

L'Autore riferisce molto dettagliatamente la storia di una sifilide gommosa alle ossa parietali, ed alle glandole linfatiche cervicali e profonde, osservata nella clinica del prof. Gamberini.

In questa storia sono da rimarcarsi la febbre sifilitica ad accessi di freddo ben marcati, la precocità delle manifestazioni delle ossa che congiunta agli altri sintomi generali gravi dà segno di sifilide grave, maligna; i segni chiari di artrite sifilitica, che alcuni negano e che in questo caso si manifestò colla sinovite ad essudato sieroso prodotta dalla lesione dei capi articolari. D'altronde sarebbe di sufficiente interesse la produzione gommosa, senza sintomi di generazione di pus che si riscontrò sui parietali.

È messo molto in chiaro dall'Autore anche il lato diagnostico tra le produzioni gommose delle ghiandole del collo e quelle di questa località dipendenti dalla scrofola, che in questo ammalato erano molto rilevanti ai due lati, essendo anche alcune ulcerate.

Le difficoltà di questo diagnostico, che l'Autore trova non tanto facili come lo vogliono certi scrittori, egli le sorpassava per essere nel suo caso evidenti sullo stesso individuo altri segni certi di sifilide costituzionale nella madre, nonchè dall'anamnesi, dalla analogia di fatti, dal confronto dell'andamento di queste alterazioni degli scrofolosi, finalmente dal beneficio avuto, già per 2 volte almeno, dalla cura antisifilitica instituita più volte e con successo.

Diffatti anche la cura generale antisifilitica col bijoduro di mercurio, col bromuro di sodio, e la locale instituita dal Gamberini fecero ragione, giacchè tutti i fenomeni scomparvero senza lasciar postumi spiacevoli.

L'Autore prende motivo dalla sua storia per tracciare brevemente la storia delle gomme delle glandole linfatiche, che riscontransi raramente, e dice che nella sifilide si possono avere due specie di plejadi, l'una data da semplice iperplasia glandolare, e l'altra da infiltrazione gommosa.

Sifilide costituzionale; Meningite cronica generalizzata; Formazione di un nodo che comprime l'arteria cerebrale media sinistra, e produce l'atassia con imbarazzo alla parola, prima per accessi, in seguito in modo permanente. Durante qualche tempo, leggiera paralisi della faccia; Rammollimento al corpo striato; del dott. Russel.

(*Méd. Times and Gazzette*, e *Revue de scienc. méd.* Avril 1874).

Il dott. Russel racconta due casi in cui la paralisi sarebbe venuta senza convulsioni ne perdita di intelligenza in seguito all'ostruzione di un'arteria presa da sifilide. Sarebbe la seconda forma di tale malattia già descritta da Hughlings-Jackson.

Osservazione 1.ª L'ammalato ebbe sifilide costituzionale curata col mercurio, ed in seguito emicrania curata col joduro di potassio. Quattro anni dopo recrudescenza e confusione delle idee, difficoltà dei movimenti a sinistra. L'anno dopo in pochi giorni per trevolte non seppe trovare le parole, allora cadde in sopore, con convulsioni e coma profondo. Alcuni mesi dopo dolori e disturbi dell'intelligenza e diplopia. Due mesi ancora dopo dolore alla regione parietale sinistra, emiplegia a sinistra con contratture e intorpidimento del braccio. Poi dolore al

parietale destro. Durante tre anni consecutivi gli stessi dolori, che lo obbligavano quasi sempre a letto. Indi miglioramento sempre crescente dopo l'uso del mercurio, ma l'ammalato non potè più fare alcun sforzo intellettuale.

Osservazione 2.ª Un uomo di 37 anni aveva sofferto conclamata infezione sifilitica generale. Due anni prima di entrare all'ospedale ebbe un attacco di epilessia. Cinque settimane prima di questo tempo, era stato assalito da un dolore all'occipite che si ripete nella stessa giornata con forza maggiore, e successivamente fù accompagnato da vertigini e si fece sempre più vivo. Il joduro di potassio fece scomparire il dolore. Poco dopo sembrava guarito, ma all'ottalmoscopio presentava la papilla destra indistinta, ed i vasi poco appariscenti. Gli stessi fenomeni esistevano nell'altro occhio. Dopo cinque mesi venne preso ancora da vertigini, accessi di umore violenti, dolori all'eminenza frontale sinistra e perdita della facoltà di articolare le parole. Indi subentrò strabismo convergente dell'occhio destro, decadimento dell'intelligenza, poco dopo sopravenne la morte.

All'autopsia si trovò. Cervello aderente alla dura madre, principalmente alle regioni temporale ed occipitale sinistra. Nella scissura sinistra del Silvio si trovò l'arteria cerebrale media confusa alla sua origine colla massa formante l'aderenza. Le pareti ne erano ispessite. Una gomma gialla del volume di una piccola fava, era situata sulla dura madre o comprimeva l'arteria. L'arteria cerebrale media restava ostruita da un turacciolo fibrinoso non aderente. Rammollimento del corpo striato sinistro e probabilmente anche di tutto l'emisfero sinistro.

Della faringite sifilitica terziaria; del dott. Machon. (*Revue des sciences méd.* Octobre 1874).

Ecco le conclusioni a cui giunge l'Autore.

La faringite sifilitica terziaria è caratterizzata:

1.° Da una ipergenesi del tessuto connettivo che entra nella struttura delle parti molli della faringe.

2.° Dalla formazione di neoplasmi o gommefacili a riconoscersi pel loro aspetto, forma, sede, evoluzione ed esito, di riassorbimento o di ulcerazione.

3.° Dalla comparsa di ulceri consecutivi a queste prime lesioni, ulceri a margini salienti, tagliati a picco, di colore rosso rameico, a fondo grigio, saniosi e come gangrenosi.

La mucosa circostante più o meno corrosa, o senza lesione apparente ad occhio nudo è sempre dura ed ispessita. L'estensione della lesione alle fosse nasali, le perforazioni del palato, e l'ingorgo ganglìare mancano raramente. La malattia si sviluppa a tratti successivi; indolente in principio, il dolore si mostra al periodo di ulcerazione. La disfagia, la secchezza della gola, i disturbi al naso, l'anosmia, il riflusso degli alimenti, l'asma, la sordità, l'alterazione del gusto, ecco i

principali sintomi. Raramente si raggiunge la guarigione, completa il più soventi formansi stringimenti consecutivi ed atresia del condotto palato-faringeo.

Studio sugli accidenti epatici della sifilide nell'adulto; del dott. L. Lacombe. (*These* de Paris, 1874).

L'Autore non ammette, come in generale tutti i sifilografi, che la sola epatite gommosa sia caratteristica della sifilide, ma appoggiandosi alla coesistenza quasi costante di lesioni circoscritte o diffuse non crede alla differenza sostanziale tra l'epatite interstiziale e la gommosa, perchè sono egualmente specifiche e non indicano differenze nel loro modo di evoluzione. Anche al microscopio non presentano che elementi embrionali senza caratteri proprii, nè aventi alcuna particolarità riconoscibile. Di modo che secondo lui la sifilide del fegato è una sola e si divide solamente secondo il predominio della varietà anatomica in sifilide infiltrata e sifilide nodulare; e siccome questa unità di carattere trovasi all'epoca di apparizione di questi accidenti viscerali, così non è giusto ritenere che l'epatite interstiziale appartenga alla sifilide secondaria, e la gommosa alla terziaria.

Durante lo stadio detto secondario Lacombe avrebbe rinvenuta l'ipertrofia del fegato, mentre nel terziario i sintomi razionali uniti alla constatazione dell'ipertrofia dell'organo darebbero segno della degenerazione sifilitica del fegato.

L'Itterizia può manifestarsi a diversi periodi, ma coincide sempre con la comparsa della eruzione senza che si possa spiegare veramente il perchè di questa, sebbene la si trovi sempre in relazione con imbarazzo gastrico o catarro intestinale preesistente. Infine egli senza negare assolutamente che vi possa essere un' itterizia sifilitica grave, non crede che nei casi esposti dagli autori la sifilide abbia agito che come un' affezione generale deprimente.

In appoggio delle sue vedute riferisce 21 osservazioni dettagliate e suffragate dall'esame microscopico.

Casuistica della sifilide cerebrale; del dott. Simon. (*Archiv. für dermat. und syphilis* 1873 e *Giorn. It. delle malattie veneree e della pelle* 1874).

L'Autore con Virchow ammette come dirette conseguenze dell' infezione sifilitica non solo le infiammazioni così dette specifiche-gommose, ma anche le semplici flogosi, epperò pubblica delle osservazioni di sifilide cerebrale raccolte nel manicomio Friedriechberg, in alcune delle quali si trovarono prodotti flogistici indubbiamente gommosi in singoli organi, mentrecchè nel cervello e nelle sue membrane le alterazioni sembravano dipendere da semplici flogosi; ed in altro nel mentre la clinica svelava l' esistenza di una malattia cerebrale sifilitica la sezione è stata negativa.

La prima osservazione riguarda un ricco negoziante che aveva avuto la sifilide parecchi anni prima, e che dopo cominciò a dar segni di

disordini mentali seguiti da emiplegia e paralisi del 7° destro e grave cefalea, cui presto si aggiunsero accessi convulsivi, contrazioni della metà sinistra della faccia, impedimento alla loquela, indi quasi demenza. Questi sintomi migliorarono un poco, ma poi riprendendo ancora più forti ne avvenne la morte.

Alla sezione si trovò: pachi-meningite, gomma al frontale destro, tre più piccole nella parte anteriore del cervello, ed altre al fegato.

Nella *seconda* osservazione veramente non trattavasi di alterazione mentale conclamata ma pure eravi stata certissima l'epilessia. In questo ammalato i primi sintomi che si limitavano a cefalea, stiramenti alle membra e disfagia, e rossore alle fauci, ed erano apparsi a 18 mesi alla guarigione di un ulcero. Questi sintomi però scomparvero col joduro di potassio in un mese e mezzo circa.

Otto mesi dopo comparvero accessi di epilessia i quali mano mano crescendo in numero ed in intensità lo rendono cadavere.

Alla sezione si trovarono gomme nell'osso frontale sinistro.

La *terza* riguarda un individuo affetto da molti anni da periostite, reumatismo, itterizia e demenza, e che da tempo usava il joduro di potassio. A questo si aggiunse ozena, cefalea gravativa, dolori osteocopi, periostiti multiple, cachessia generale e morte.

Alla sezione trovossi, pachimeningite interna, atrofia cerebrale, aderenze fra la dura madre, la pia madre ed il cervello con briglie di tessuto cellulare (gomme) specialmente nell' emisfero destro. Echinocochi del fegato e della milza. Tubercolosi del polmone e del peritoneo.

Nella *quarta* trattasi di una donna affetta da ulcerazione tondeggiante di aspetto specifico (gomma ulcerata) delle fauci. Del resto non eravi alcun indizio di sifilide. Col joduro di potassio e gargarismi detersivi fvii miglioramento, ma poi sopravvenne melanconia e suicidio.

Fù trovato: pachimeningite esterna gommosa nella regione frontale sinistra, ed internamente in questa località pachimeningite emorragica.

La *quinta* osservazione si riferisce ad una donna affetta da demenza paralitica consecutivo ad accesso apoplettico, ne susseguiva contratture delle membra paralizzate e la morte.

Alla sezione si riievavano gomma del cranio, focolajo di rammollimento in conseguenza di trombosi dell'arteria della fossa del Silvio, gomme multiple nel fegato e nei reni.

L'affezione sifilitica secondo l'Autore in questo caso era chiarita dai reperti anatomici.

Osservazione sesta. Precoce sviluppo di sintomi cerebrali, dapprima cefalea, poi vertigini e paresi motoria.

Presentaronsi ripetuti accessi apoplettiformi, afasia e debolezza di memoria, la morte succedeva dopo 4 anni di malattia. Eravi stato

ulcero duro con fenomeni secondarii che furono curati colle unzioni mercuriali e colle injezioni di sublimato.

Alla sezione trovossi: atrofia del cervello e focolajo di rammollimento nel talamo e nel ponte. Quì il carattere sifilitico fu dedotto dall'età giovane del paziente e dal decorso del morbo.

Nell'osservazione settima l'Autore presenta l'unico caso a lui occorso e molto raro di *disturbi mentali a base sifilitica*. Trattasi di un soggetto di 37 anni che da molti anni pativa dolori osteocopi, cui seguirono tofi al periostio cranico e nella colonna vertebrale diminuiti sotto l'uso del joduro di potassio, poi cresciuti ancora. Infine havvi rapido miglioramento, e poi guarigione perfetta duratura per anni.

La sifilide cerebrale; del dott. Müller. (*Correspondenzblatt der dentsche Gesellch. für psychiatrie* e *Revue des scienc. méd.* Juillet, 1874).

L'Autore descrive i caratteri per cui si possa distinguere se nelle affezioni cerebrali, per esempio nella paralisi generali, vi entri o meno la sifilide.

Nella sifilide cerebrale si riscontrano delle nevralgie prodotte da lesioni ossee, da alterazioni dei nervi e delle loro guaine, delle anestesie, dei disturbi della vista e dell'udito, delle convulsioni che sono molte volte il preludio di emiplegie passaggere. Ciò che caratterizza questi fenomeni è principalmente la loro localizzazione, la loro limitazione ad una sfera isolata del sistema nervoso, ad un gruppo distinto di nervi, e di muscoli. In proposito a questo l' A. riporta una storia di un individuo avente tutti i segni della paralisi progressiva. Cinque anni prima aveva avuto un' ulcero, e guarì sotto la somministrazione del joduro di potassio.

Caso di gomma sifilitica del cuore; del dott. C. W. Mc. Nalty. (*Méd. Times and Gazette*, 14 Juin 1873).

G. di 28 anni è di abitudini intemperanti, il suo principale regime sono le bevande alcooliche. Era stato ammesso 12 volte all'ospedale per sifilide, otto per accidenti primitivi, una per un bubbone venereo, e tre per accidenti secondarii fra cui una rupia. Andava pure soggetto a reumatismi cronici. La notte prima della sua morte si lagnava di dolore al dorso. A 6 ore e 15 minuti del mattino, il 18 ottobre 1872, lo si trova pressochè insensibile, comatoso e poi muore.

Il pericardio conteneva 4 oncie e mezza di sangue. Il cuore era largo, con valvole sane da ambo le parti.

Sul miocardio si rimarcava l'esistenza di un deposito bianco giallastro in parte disseminato ed in parte di apparenza nodulare. Il deposito era più abbondante alla base che all'apice del ventricolo sinistro. All'apice esisteva un'aneurisma, avente la forma di un sacco, in cui si poteva intromettere la falange unghiale del pollice, avente alla faccia interna delle lamelle fibrinose fisse. Queste pareti erano trasparenti. Il sangue

sfuggito dal ventricolo sinistro e dall' aneurisma aveva disseccato le cellule inferiori dal pericardio al cuore, e si era formata una cavità in alto alla base dell'organo. Il sangue contenuto nel pericardio era misto a gaz per la sua decomposizione.

Versando dell'acqua nell'aneurisma fino al suo margine, essa non scolava fuori. Il ventricolo destro sembrava più piccolo del normale. L'aorta presentava sulla faccia interna delle placche ateromatose, disposte a festoni lungo il bordo superiore del seno del Valsalva. Altre piccole macchie unite, lucenti, si mostravano al livello della fossa sotto clavicolare sinistra; esse avevano causate un pò di perdita di sostanza.

Di alcuni fra gli accidenti sifilitici che possono causare la morte; del dott. Bronardei. (*Gaz. des hopitaux*, N. 39, 1874).

L'Autore in alcune lezioni, che furono raccolte dal dott. Beurmann, mostra come tutti i sifilitici non sono egualmente disposti alle sifilidi viscerali gravi che sono l'ordinaria causa della morte per questa malattia: qualcuno vi sembra più disposto di altri. Secondo lui la cura mercuriale intrapresa a tempo debito può influire moltissimo sul buon esito.

Sono generalmente le lesioni terziarie che possono qualche volta mettere a repentaglio la vita del paziente.

Però anche l'ulcero primitivo preso da fagedenismo esteso e ribelle ai rimedii può avere esito funesto, e riferisce un caso in cui la piaga da fagedenismo era tanto estesa che per poco mancò non riescisse fatale. In genere però sono pericolose quelle sifilidi che restano sconosciute nel loro primo esordire, e che quindi non subiscono che una cura tardiva, così quelle contratte all'infuori del coito, le sifilidi maligne precoci descritte da Dubuc, le quali si presentano sopratutto nei vecchi e nei cachetici. In generale le altre malattie principalmente diatesiche predispongono moltissimo a sifilidi gravi e che intaccano i visceri profondi le quali guariscono male perchè tante volte l'ammalato non può sopportare la cura, per cui in tali casi il pronostico deve essere riservato. E qui riferisce altri due casi in proposito.

È però il periodo terziario della sifilide che occasiona più soventi la morte. Questo periodo contraddistinto dalla neoformazione gommosa può occasionare la morte, che alloraquando si sviluppa negli organi esenziali alla vita quali il fegato, le vie respiratorie ed i centri nervosi.

Nella sifilide epatica si ha un epatite interstiziale e le gomme. Il fegato può essere impicciolito od ingrandito, diviso alla sua faccia convessa da depressioni profonde causate dai tumori gommosi. Soventi avvi pure la degenerazione amiloide. Tante volte in vita la diagnosi non può essere che dubbia. E diffatti l'Autore descrive un caso di uno affetto da itterizia che aveva lasciato dubitare a lui, a Fournier e Siredey, che se la malattia dipendesse più da un cancro del fegato che dalla sifilide, ed in cui la cura antisifilitica, a buon punto intrapresa,

fece per qualche tempo scomparire i fenomeni epatici, i quali però dopo varii mesi ricomparvero, preceduti da sifilide laringea gravissima per la quale occorse la tracheotomia; scomparvero indi ancora, finchè un'ematemesi abbondante e fenomeni di uremia uccidevano il paziente, del quale è a lamentarsi non si abbiano potuto avere i dati necroscopici.

Da questo caso l'Autore trae la conseguenza, che si debbano diligentemente decifrare i sospetti anteriori, e che la cura antisifilitica sia la sola che presenti una speranza di guarigione; che la itterizia non è sintomo costante nelle affezioni sifilitiche del fegato, e che le emorragie possano dar luogo a degli errori di diagnosi; che il cancro del fegato può essere confuso colla malattia in discorso, desso però si sviluppa molto meno rapidamente, e dà luogo a tumori a bernoccoli e non a depressioni profonde. È raramente accompagnato da ascite, e passa gradatamente a cachessia incurabile.

Nelle sifilidi gravi delle vie respiratorie possono apportare repentinamente la morte gli stringimenti della trachea dipendenti da cicatrici per ulceri di quest'organo. Oppure per il fatto di queste ulcerazioni le cartilagini della laringe sopratutto le aritnoidee ponno lussarsi cadere sulla glottide e causare la soffocazione.

La diagnosi fra le lesioni della laringe e quelle della trachea è soventi possibile. Gli accidenti della laringe si manifestano in principio con l'afonia, ed allora il laringoscopio può apportare utili servigi, ciò che sarà quasi impossibile più tardi per la congestione sopravvenuta in quelle parti.

Lo stringimento della trachea invece apporterà quale fenomeno principale la dispnea, e l'afonia non sarà che secondaria.

In una terza lezione Bronardei tratta come lesioni che possono produrre la morte quelle del sistema nervoso centrale, che studia partitamente, e sono le lesioni delle ossa e del periostio, del cranio, quelle delle meningi, dei vasi in cui si può avere una vera endoarterite sifilitica e consecutive obliterazioni, quelle dei centri nervosi propriamente detti cioè del cervello propriamente detto e del midollo spinale.

Da queste l'Autore è condotto a parlare delle cefalee sifilitiche, delle paralisi, paraplegie e della cachessia sifilitica la quale oltre all'anemia profonda, si distingue per due caratteri particolari, cioè per una tendenza marcata alle ulcerazioni od alla produzione delle gomme principalmente se vi è la complicazione di altra malattia intercorrente.

Parlando della cura, dà moltissima importanza alla buona condizione in cui trovasi il fisico dell'ammalato, per cui la più pressante indicazione si è l'amministrazione dei tonici che ritiene tanto indispensabili, quanto il mercurio, onde impedire lo sviluppo dei fenomeni terziarii.

È assolutamente contrario a coloro che non amministrano il mer-

curio fin da principio, anzi è d'avviso che anche nei fenomeni terziarii sia questo il principale medicamento, e gli sembra che senza di lui non agisca nemmeno il joduro di potassio, e cita un esempio d'un ammalato che affetto da perforazione alla vôlta palatina sopravvenuta dopo 10 anni dall'infezione, mentre non ebbe alcun effetto dal joduro di potassio, guarì perfettamente coll'impiego del mercurio.

Per evitare però i danni dei preparati idrargirici, bisogna cambiarli; il miglior metodo a suo avviso è quello preconizzato da Fournier, che consiste nel sottoporre durante un mese o due l'ammalato alla cura mercuriale, e poi tralasciarla per qualche tempo per riprenderla ancora presto. I vantaggi di questo metodo sono due: non affatica il malato e non accostuma l'organismo al mercurio. Dopo, più tardi, si potrà dare il joduro di potassio; ma anche qui osserva che questo preparato dato quando esistano accidenti ulcerosi, può imprimore loro un corso sub-acuto. In questo caso ricorre ai composti di joduro di potassio e mercurio.

Nuovo sistema di risanamento della prostituzione; del Dott. Diday. (*Annales de dermatolog. et de syphiligraphie*, tom. V, n. 2).

L'Autore riconosce l'insuccesso ottenuto fino ad ora nella repressione della sifilide seguendo l'indirizzo del vigente regolamento sulla prostituzione. Secondo lui fino ad ora si fù tratti in errore 1.° sul carattere delle prostitute, principali agenti di propagazione delle malattie veneree. 2.° sull'andamento e sulla curabilità di queste malattie e principalmente della sifilide.

Quanto al primo punto egli è di parere che bisogna usare un pò più di buona fede colle prostitute, e ciò che ora è a loro imposto fare in modo che esse stesso lo abbiano a domandare. Considera la prostituzione come un mestiere per cui le visite a cui ora sono sottoposte le prostitute e il loro soggiorno all'ospedale sono per esse un'incaglio al loro commercio, da cui *traggono il pane* (sic) e le degrada e compromette per tutta la vita. Ecco quindi il perchè fanno di tutto per deludere la legge che decretava contro esse pene così severe, pene che diventando più dure perchè la durata del sequestro all'ospedale è portata a termine lunghissimo per la convinzione entrata in molti medici che la sifilide è malattia essenzialmente recidiva per cui bisogna trattenervi le ammalate per un tempo lunghissimo.

Contro a questo egli propone di fare in modo che la visita alle prostitute riesca meno grave, meno pubblica, e se fosse possibile che se ne facesse la cura senza obbligarle all'ospedale.

Il regolamento quindi che l'Autore propone è informato a questo scopo:

Art. 1.° In tutte le città che contengono più di dieci mila anime è stabilito un dispensario speciale, al quale oltre le persone di servizio saranno attaccati dei medici in numero proporzionale alla cifra della

popolazione, e scielti in modo che il loro domicilio corrisponda ai diversi quartieri della città.

Art. 2.° Questo dispensario sarà aperto per la cura gratuita delle malattie veneree per le persone d'ambo i sessi, tutti i giorni dalle 8 alle 9 antim. pei malati liberi, e dalle 9 alle 11 per le prostitute inscritte. Il servizio vi si farà da tutti i medici per turno.

Art. 3.° I medici del dispensario dovranno in oltre tenere tutti i giorni, durante un' ora almeno, fra loro, una consulta gratuita per le malattie veneree.

Art. 4.° Le donne inscritte, in casa, sono tenute di presentarsi, ammalate o no, tutti i quindici giorni al dispensario per esservi esaminate. Le donne inscritte libere sono assoggettate alla stessa visita tutti i 15 giorni; ma potranno a lor talento subirla sia al dispensario, sia alla consulta gratuita a domicilio di uno dei medici del dispensario.

Art. 5.° Quando una prostituta sarà riconosciuta ammalata il medico dovrà decidere, se dovrà essere inviata all'ospedale, o meno.

Art. 6.° Quando il medico giudica che la cura può essere continuata in città, scriverà sommariamente sopra una carta rimessa alla ammalata la sede, la natura del suo male, ed il giorno in cui dovrà tornare. Questa indicazione sarà ripetuta sopra un registro che resta, secondo i casi, sia al dispensario o presso il medico che avrà cominciata la cura. L'ammalata che non si presenterà al giorno fissato, o non mostrerà la carta a chi di dovere sarà passibile di pene, fra cui in prima linea figura l' invio all'ospedale.

Art. 7.° Ogni 8 giorni i medici indirizzeranno all'Ufficio del dispensario i rilievi delle visite, di sorveglianza, di cura, i nomi delle donne mandate all'ospedale, di quelle che non ritornano al giorno loro fissato, e delle guarite.

Art. 8.° Tutti i venerei indigenti avranno i medicamenti gratuitamente, ed anche potranno ricevere dei boni per le vivande.

Art. 9.° Sarà stabilito un premio di lire 10 da accordarsi a quelle donne che si inscrivono volontariamente, provato che sia che vivano nella condizione a questa misura necessaria. Le prostitute inscritte indigenti saranno curate gratuitamente anche delle altre malattie.

Art. 10.° Le donne che lo domandassero saranno inviate all'ospedale in una sala speciale, e sarà loro permesso di sortire prima della guarigione perfetta a condizione che continuino nella cura a domicilio.

Art. 11.° Potranno contro pegno di valore, essere concessi permessi di uscita temporaria dall'ospedale a quelle donne che per la loro buona condotta se lo meritassero, e qualora non si verifichino in esse lesioni contratte fuori dallo stabilimento.

Art. 12.° Sarà inviata d'ufficio all'ospedale quella donna: 1.° che sarà stato riconosciuto avere contaminato un' individuo: 2.° che, es-

sendo ammalata, avrà mancato ad una delle visite, sia al dispensario, o nella casa del medico, ai giorni prefissi, senza scusa valevole.

Vengono in seguito delle istruzioni le quali dirette ai medici hanno per iscopo di inculcar loro la neutralizzazione più pronta che è possibile delle lesioni contagiose, e di convincere le prostitute inscrite o clandestine del loro ad una pronta cura.

Passa in seguito in rivista l'Autore le diverse melattie veneree esaminandole dal punto di vista della contagiosità e dell'opportunità di trattarle sia in città sia all'ospedale; e comincia dalla:

Blennorragia: per constatare se questa malattia esiste nelle prostitute importa di non procedere all'esame se non dopo di averle lasciate attendere durante almeno un' ora in un locale dove possano essere sorvegliate di maniera che sia loro impossibile ne asciugarsi, ne lavarsi, ne orinare: 2.° di rinviare ad un nuovo esame all'indomani quelle che lasciarono un dubbio che si fossero praticate un'injezione prima della visita od avessero orinato. In genere però ammette che queste malattie sono meglio curate in un'ospedale quando sono acute, mentre nel loro stato di cronicità meglio è curarle nel dispensario o all'ambulanza in città.

Gli ulceri semplici non infettanti (chancrelle) devono essere trattati subito colla pasta di Canquoin se è possibile, perchè la cauterizzazione distruttiva dispensa del soggiorno in un ospedale; non così gli ulceri del collo uterino o delle pieghe dell'ano, e quelli presi da fagedenismo pei quali vi vogliono cure speciali.

Nei casi poi in cui abbisogna la cauterizzazione non distruttiva ma fatta solo col nitrato d'argento, il medico con un pò di abitudine saprà regolarsi in modo d'avere una escara che non cada prima del 48 ore, tempo della seconda visita.

I bubboni ulcerosi contagiosi devono essere curati nell'ospedale.

Nella sifilide costituzionale, crede prudente e necessario di mandare all'ospedale le donne affette da ulcero, e per 2 mesi o 3, a contare dal suo sviluppo. Passato questo tempo allorachè è repressa l'eruzione delle placche mucose ano-vulvari e della bocca, conviene di accordare la sortita alle ammalate esortandole di ricorrere alle visite libere appena si avvedano di qualche cosa di nuovo.

Le placche mucose ulcerate le quali esigono oltre la cura generale anche una cura locale saranno medicate dal medico stesso al dispensario, il quale proporzionerà l'energia della medicazione al tempo tra una e l'altra visita. Il miglior preparato da adoperare contro queste forme è secondo l'Autore la soluzione di sublimato.

Per le placche mucose della regione ano-genitale e della bocca fa raccomandazioni speciali; la cura normole consisterà nel toccarle a più riprese con un piumacciolo imbevuto di una soluzione di sublimato. Per ciò fare bisogna tenere 4 o 5 recipienti con soluzione a titolo progressivo al quinto, al decimo, al ventesimo ecc. Si sceglierà

fra esse secondo la larghezza la consistenza, e si farà un tocco abbastanza forte perchè la superficie cauterizzata dimori sostituita alla superficie sifilitica fino alla prima visita.

Alla bocca invece consiglia il nitrato acido di mercurio, il quale secondo che è mantenuto in sito più o meno a lungo produce un'escara che dura 3 o 4 od anche 5 giorni, per cui si potrà aggiornare l'altra visita anche per tutto questo tempo.

Negli stadii più avanzati della sifilide il medico saprà regolarsi secondo che le manifestazioni saranno più o meno contagiose ed esigeranno una cura più o meno complicata, per mandare all' ospedale l'ammalata o per fidarsi a curarla all'ambulanza.

Queste misure proposte dall'Autore 1.° per rendere alle prostitute più rara la degenza all'ospedale e di più corta durata, 2.° per convincere le prostitute clandestine a temere meno l'inscrizione, che riescirebbe non inconciliabile colla loro libertà e colla facoltà di farsi curare in segreto, ci sembrano pochissimo attuabili e per le difficoltà che si incontrano nel convincere persone male educate quali sono le prostitute a prestarsi volontariamente alle visite, e perchè non sarà così facile nella loro avidità di guadagno che abbiano a subordinare questa, una volta libere, al pensiero della propria ed altrui salute.

Profilassi della sifilide e regolamento della prostituzione. (*Wiener medizinische, Presse* 1873 N. 31 et. 38) e *Revue des sciences médicale* 15, Janvier 1874.

Nel congresso internazionale tenuto nel 1874 in Vienna l'assemblea dopo la discussione adottava a grande maggioranza le seguenti conclusioni:

1.° L'autorità è incaricata di vegliare a che la sifilide non si propaghi.

2.° Le precauzioni da prendersi contro codesta malattia, e la cura medica di esse sono regolate dall'autorità che all'uopo ne fa le spese.

3.° Il governo istituirà in tutte le facoltà delle cliniche speciali per le malattie sifilitiche, e tutti i medici prima di ricevere il diploma dovranno aver subito un esame sulla sifilide.

I relatori del rapporto che erano Sigmund, Zeissl e Roeder; raccomandavano inoltre nel loro lavoro la sorveglianza medica delle nutrici e dei bambini lattanti, delle vaccinazioni, di certe professioni quali le fabbriche di vetri, di strumenti, di cigari, la circoncisiane rituale. Inoltre volevano la revisione di tutti i sifilitici messi in cura, un controllo rigoroso dal punto di vista della sifilide di tutte le corporazioni organizzate, i membri delle quali non sono autorizzati a maritarsi o non ne hanno l'autorizzazione che difficilmente, e di quelle associazioni di operai in cui gli individui di differente sesso si tengono frequentemente in rapporto fra loro. Per ciò il rapporto proponeva di instituire delle conferenze periodiche internazionali per esaminare tutto ciò che concerne la sifilide, e le leggi ed i regolamenti della

prostituzione, e di nominare in ciascun Stato un comitato incaricato di sottomettere i suoi lavori al vegnente congresso internazionale.

Della prostituzione nelle grandi città, al XIX secolo, e della estinzione delle malattie veneree; del Dott. Jeannel. (*Annales de dermatolog. et de syphiligraph.* Tom. V. n. 5).

Il dott. Jeannel che già molto si occupò dell'organizzazione di un servizio sanitario principalmente contro la propagazione della sifilide, tratta in questo suo lavoro questa quistione dai punti di vista medico ed amministrativo.

Nella prima parte parla della prostituzione nell'antichità e principalmente a Roma, dove dimostra appoggiato a molti passi biblici, la perennità di questa lebbra umanitaria, e la continua sua rinascenza.

Nella seconda parte parla della prostituzione all' epoca attuale o dell'estinzione delle malattie veneree.

E dapprima studia le cause della prostituzione e i danni della clandestina, indi la prostituzione nei rapporti coll' igiene e la moralità pubblica; infine trova una delle frequenti cause di propagazione della sifilide nella ciurma delle navi mercantili, per cui insiste nelle misure contro questi propagatori, non tralasciando però di parlare ed a lungo di tutti gli altri mezzi, quali gli appositi ospedali, e dispensarii speciali, le consultazioni gratuite ecc.

Osservazioni pratiche sulla cura della sifilide costituzionale; del Dott. C. Schutzenberger. (*Gazz. méd. de Strasbourg* e *Revue de scienc. méd.* Ottobre 1874).

L'Autore rompe una lancia a tutto favore del metodo antico. Egli crede che si curi la sifilide o coll'idrargirosi acuta o sub-acuta, o coll' idrargirosi cronica; la prima si ottiene coll'amministrazione in poco tempo di dosi cumulate di mercurio, in modo da produrre una modificazione profonda nell'organismo, la seconda si ottiene mantenendo il soggetto sotto l' influenza di tale medicamento in modo quasi continuo ma con dosi deboli.

L' idrargirosi cronica guarisce le lesioni attuali ma non sopprime la diatesi, ne impedisce il ritorno di nuove manifestazioni, si può avere una vera cachessia mercuriale senza estinguere il virus sifiliticò. L' idrargirosi cronica di cui la forma più appropriata sono le frizioni è superiore agli altri metodi.

La cura istituita da Schutzenberger ha tre periodi: la cura preparatoria, la cura specifica, e la ricostituente.

Per la prima, appoggiandosi ai fatti che il mercurio agisce maggiormente allorchè l'organismo è già in preda ad un movimento di denutrizione, ricorre alla riduzione degli alimenti, al riposo, ai bagni prolungati ai purgativi e sudoriferi.

La seconda la pratica colle frizioni di unguento doppio da 2 a 5 grammi per giorno durante tre o quattro settimane, cessando sotto la salivazione o sotto la comparsa degli effetti del rimedio. L'ultima la ottiene

alimentando progressivamente l'ammalato come se si trattasse di un convalescente ordinario.

La cura totale dura circa sei settimane.

Intorno al momento opportuno di incominciare il trattamento generale della sifilide e sulla scelta del metodo di cura; del dott. SIGMUND in Vienna. *(Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle* 1874)·

In un'articolo pubblicato dall'esimio sifilografo Viennese sul giornale « Italiano delle malattie veneree » l'Autore dopo aver messo sott'occhio quanto sia difficile il potere generalmente visitare ammalati al primo periodo cioè allorchè il veleno localmente importato non abbia inquinato il generale, tempo questo che sebbene tuttora indeterminato, pure sembra che sia verosimilmente di tre giorni almeno perchè la diffusione possa aver luogo, discorre della diversità delle opionioni circa il momento di incominciare la cura della sifilide. E qui fa cenno come gli ordinarii dati statistici siano in molta parte da rigettare quando si tratta di sifilide, malattia per eccellenza cronica e recidiva; per cui per avere un giudizio sul beneficio della cura occorrono molti anni di osservazione sugli ammalati ed anche la opportnnità di osservare per lungo i loro figli. E come più che la pratica degli ospedali valga quella fatta a lungo nelle famiglie.

Con questi principj l'Egregio Autore viene alle seguenti conclusioni:

1.° Il trattamento metodico generale della sifilide si deve incominciare per regola quando si manifestano in organi lontani dal punto nel quale avvenne il contagio in dubbi segni della malattia generale.

2.° Per questo trattamento generale si devono preferire i preparati mercuriali a tutti gli altri mezzi terapeutici.

3.° La cura si deve continuare non interrotta, ovvero a periodi a seconda delle circostanze, finchè persistono o riappajono i sintomi della malattia.

4.° I fenomeni di altre malattie concomittanti la sifilide devonsi curare a seconda della loro indicazione, precisamente come se la sifilide non esistesse.

5.° Un regime igienico accuratamente messo in pratica in ogni singolo caso, costituisce la regola fondamentale di quel trattamento, e il regime dietetico degli ammalati deve essere per regola decisamente tonico.

Osserva in seguito il Sigmund come principalmente nelle donne i sintomi leggieri di sifilide scompajano anche senza l'uso dei rimedii specifici, per cui non si può negare la guarigione spontanea.

Il trattamento generale prima dell'apparire delle forme costituzionali però deve farsi o nelle gravide, o nelle forme locali che senza altra causa producono estesi indurimenti o rapide distruzioni della cute o del connettivo.

Quanto alla scelta del metodo, egli è tenace difensore delle frizioni, non disconoscendo però i vantaggi delle injezioni di calomelano, e

principalmente di quelle a piccole dosi ripetute che schivano anche i pochi accidenti consecutivi.

Del resto rifugge da ogni furioso assalto di medicamenti nella sifilide, e tiene molto conto dell'igiene e del dietetico.

Degli effetti del mercurio nella sifilide; del Dott. HUTCHINSON. (*Journ. de therapeut.* 10 Mai 1874).

L'Autore è assolutamente convinto che il mercurio guarisca l'ulcero indurato, i diversi accidenti secondarii, ed altri della malattia venerea. Per lui il mercurio è il vero antidoto del virus sifilitico, perchè lo annienta e previene la sua proliferazione nel sangue ed impedisce il suo processo nei tessuti viventi. Così gli induramenti appena mostrati scompajono, e nessuno vi resiste allorchè il medicamento è realmente assorbito. Se non si ottiene effetto è perchè non conviene il preparato, ma basta cambiarlo e si arriverà certo a farlo entrare nell'organismo. Secondo l'Autore il mercurio previene e rende benigne le manifestazioni secondarie anche dato al periodo iniziale. Egli vidde chiaramente questo fatto in 11 sifilitici che trattati col mercurio, ne venne la malattia talmente modificata da lasciar dubbio sulla diagnosi, mentre tralasciato bentosto ebbe l'eruzione secondaria benigna.

Nello stesso modo che il mercurio raccorcia la durata degli stadii precoci, diminuisce gli accidenti terziarii.

Bisogna aduuque amministrare il mercurio subito e per lungo tempo e si vedranno scomparire gli induramenti dell'ulcero, impedire le eruzioni secondarie, o ritardarle e renderle benigne; e infine si mette l'ammalato al sicuro degli accidenti terziarii, oppure questi saranno meno gravi.

Dell'uso del jodoformio nella cura degli ulceri venerei; del prof. GIUSEPPE PROFETA. (*Annal. de dermat. et de syphilograph.* Tom. 5, N. 6).

Il prof. Profeta di Palermo riferisce sul giornale francese redatto dal dott. Doyon, tredici casi di rapide guarigioni ottenute colla medicazione del jodoformio di vaste ulceri non infettanti, delle quali alcune in preda a fagedenismo.

Il metodo da lui seguito è il seguente:

Due volte al giorno lavacri con la soluzione di jodoformio secondo la formola di Iznard (2 o 3 grammi di jodoformio per 30 di glicerina e 10 di alcool) ed in seguito medicazione colla polvere di jodoformio aspersa abbondantemente sulla piaga o col filaticcio imbevuto nella soluzione.

Di questo medicamento si loda moltissimo, mentre fa risaltare che gli unici inconvenienti nell'uso suo sarebbero il caro prezzo, e l'odore disaggradevole del preparato.

Osservazione di trapiantamento epidermico su di un ulcero sifilitico; dal Dott. A. DRON. (*Annal. de dermatolog. et de syphilograph.* Tom. 5 Num. 4).

Dagli studii praticati dall'Autore sull'innesto epidermico in piaghe

risultanti da ulceri sifilitici risulta che queste ulceri guariscono assai prestamente con qualche medicazione modificatrice, anche senza una cura specifica. Gli impianti epidermici però secondo lui, troverebbero meglio la loro applicazione sulle vaste ulceri semplici fagedeniche, ma dubita della loro riescita.

Vasta ulcera sifilitica del cuojo capelluto, del naso, con carie dei turbinati, refrattaria a cure mercuriali e jodiche ripetute, guarita col farmaco del Pollini; del dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

La storia del dott. De-Cristoforis è interessante per più ragioni. Essa si riferisce ad una signora che contagiata a 20 anni per baci e tocchi in volto da un uomo infetto, guariva delle consecutive ulceri alla gola, alla bocca, ecc., prestissimo, dietro tocchi di pietra e sublimato corrosivo. Talchè per 18 anni stette sempre sana, si maritò ed ebbe sei figli i quali godettero sempre buona salute.

Se non chè 19 anni dopo la infezione venne presa da sintomi generali, artralgie e tumoretti alla cute del capo, i quali dietro energiche e prolungate cure non cedettero, ma si esulcerarono e le piaghe si riunirono per costituire un' unica ulcerazione che invase tutto l' alto cranio, il fronte ed il naso fino al lobolo, limitandosi alla cute ed al tessuto cellulare sottocutaneo, e lasciando scoperto per larghi tratti l'aponeurosi, alopecia, ulceri alla gola e sintomi di cachessia sifilitica. L'Autore la curò col farmaco del Pollini, ed alla decima dose la superficie suppurante era detersa, alla 20ª l'ampia ulcerazione era completamente cicatrizzata e lo stato generale buono. L'Autore portò il medicamento fino alla 35ª dose e l'ammalata guarì perfettamente e stabilmente.

Il dott. De-Cristoforis fa notare il lungo lasso di tempo scorso tra l' infezione prima e lo sviluppo della malattia costituzionale, e si domanda quando si può essere sicuri della guarigione della sifilide? Ed accenna a tre altri fatti in cui il tempo d' incubazione dei sintomi secondarii fu lunghissimo.

Un' altra considerazione è quella che l' ammalata, soggetto della storia prima, in onta all' incubazione, ebbe sei parti di figli sani, mentre egli riferisce casi in cui accadde il contrario; per cui ne viene il concetto dell' incerta immunità della prole una volta che furono specificamente malati o l'uno o l'altro o tutti e due i genitori, ad onta di parecchi anni di benessere o di essere apparentemente guariti.

Un' ultimo ammaestramento è la efficaccia in questo caso osservata del medicamento del Pollini.

La injezione sottocutanea di calomelano quale mezzo diagnostico in un caso dubbio di sifilide; del dott. DOMENICO STEFANINI. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree della pelle*, 1874).

In un caso di ulcerazione sifilitica delle tonsille, del velopendulo e dell' ugola in una ragazza di anni 13, senza alcun' altro segno di in-

fezione generale, nè di località da cui si potesse dedurre la porta d'entrata del male, dando notizie assolutamente rassicuranti e la ragazza ed i parenti, il dott. Stefanini pur sospettando, per l'aspetto delle forme alla gola, della natura celtica dell'affezione dopo provati varii mezzi locali, come il clorato di potassa, il nitrato d'argento ecc., i quali non fecero che detergere un poco le parti, praticava 4 injezioni sottocutanee di calomelano alla dose dl 3 centigrammi ciascuna dietro cui le forme scomparivano prestamento e l'ammalata guariva completamente.

Delle injezioni ipodermiche di calomelano nelle malattie sifilitiche; del dott. Efisio Valle. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

L'Autore narra 20 storie di sifilide a forme svariatissime, curate col miglior successo mediante le injezioni ipodermiche di calomelano. Il numero delle injezioni fu di una in 13 individui, di due in sei, in un solo di 3. La dose minima fù di 20 centigrammi la massima di 50.

Fuvvi sempre l'ascesso, mai la stomatite.

Valore comparato della cura della sifilide col mercurio o l'iodio da una parte e l'aspettazione dall'altra; del prof. Zeissl. (*Journ. de therapeut.* 25 Avril 1874).

Il prof. Zeissl di Vienna volendo tentare alcune esperienze sul valore della cura aspettante, jodica, e mercuriale, sottomise due ammalati, infetti per sifilide da papule, solamente per 45 giorni ad un buon regime. Ma nella manifestazione morbosa non ebbe alcuna modificazione. Diede allora il joduro di potassio alla dose di 1 gram. e 20 centigrammi al giorno con pochissimo risultato, mentre bastarono alcune frizioni mercuriali per condurre l'ammalato a guarigione in 10 giorni.

In altri casi però la tintura di jodio gli sembrò molto efficace, principalmente contro gli accidenti delle mucose e della pelle. Le forme pustolose resistettero più a lungo.

L'Autore è persuaso che l'iodio prepara la via al mercurio, che guarisce anche le manifestazioni precoci della sifilide, portandovi tali modificazioni che alcune frizioni dopo bastano a farle scomparire. Nulladimeno la cura mercuriale precoce agisce sempre più prontamente che la jodica, mentre questa è più efficace di quella contro le affezioni delle mucose della bocca e della faringe quando sia ajutata da alcune cauterizzazioni.

Migliore è ancora la tintura di jodio che il joduro di potassio, perchè produce meno facilmente l'acne o la corizza.

Zeissl raccomanda pure le applicazioni locali di iodoformio sugli ulceri sifilitici, ed il suo uso interno sotto forma di pillole con estratto di genziana, contro la nevralgia sifilitica.

Quando e come usasi il mercurio nella sifilide; del dott. Huctchinson. (*The Americ. Journ. of. syphil. and dermat.* 1874).

Ecco le conclusioni a cui addiviene l'Autore.

1. Il mercurio è probabilmente un vero antidoto vitale contro il virus sifilitico, ed è capace di compiere una cura reale.

2. La probabilità degli esiti felici della cura dipende dallo stadio di sviluppo raggiunto dal morbo quando il rimedio è invocato e dalla perseveranza nell'adoperarlo.

3. In pratica moltissimi casi sono realmente curati dal mercurio; la cura è provata dalla ricuperata salute ed in alcuni casi dalla nuova suscettività al contagio.

4. Allo scopo di rafforzare l'efficacia del mercurio contro la sifilide è desiderabile d'introdurne una notevole quantità nell'organismo e di protrarne l'uso a lungo.

5. Il ptialismo ed altri effetti fisiologici del mercurio devono essere evitati perchè impediscono l'usarne di continuo.

6. Nei casi nei quali il paziente mostra una speciale idiosincrasia contro il mercurio, se ne riduce la dose, ma non si tralascia il farmaco.

7. È impossibile cominciare l'amministrazione del mercurio troppo presto, e vi si sarebbe ricorso senza perdita di tempo in tutti i casi nei quali l'ulcero voglia indurarsi.

8. Molti casi di ulcero duro trattati prontamente col mercurio, giammai mostrano alcuno dei sintomi caratteristici dello stadio secondario.

9. In altri casi di cura mercuriale dell'ulcero, in cui apparvero sintomi secondarii, essi furono usualmente più lievi di quelli che hanno luogo quando non si è usato lo specifico.

10. Quando il mercurio non impedisce pienamente lo stadio secondario, lo ritarda.

11. La ritardata sifilide secondaria è a riguardarsi qual prova che l'amministrazione non è stata sempre perseverante, di quello che il rimedio non fù bastevole.

12. È probabile che il rischio dei sintomi terziarii sia in ragione della rigorosa e prolungata durata dello stato secondario.

13. Vi sono alcuni fondamenti per credere che i sintomi terziarii della sifilide sieno meno frequenti e meno grandi in quelli che sono stati efficientemente trattati col mercurio, che negli altri.

14. Il mercurio preso con cautela non può, nella maggioranza dei casi, far danno alla salute generale e se ne ponno prevenire i disordini locali.

15. La dottrina del vero carattere specifico del mercurio in rapporto alla sifilide dovrebbe condurre alla sua amministrazione più prolungata, nella speranza di distruggere completamente ogni debole germe della malattia.

16. Molte statistiche intorno alla durata della cura e libere da ricadute sono più false e cattive che inutili, perchè ordinariamente la cura non fù efficace.

17. Non è ancora stato provato che esistono alcune forme speciali

di malattia sifilitica nelle quali il mercurio deve essere tralasciato, quantunque in legge generale è riconosciuto dovere essere adoperato con maggior cautela nelle forme ulcerative che nelle altre.

18 L'Joduro di potassio possiede poca o nessuna efficacia tanto contro la forma primitiva che secondaria della sifilide.

19. L'efficacia del mercurio è moltissimo comprovata nei casi che hanno resistito completamente all'azione del joduro di potassio.

20. Non deve darsi grande importanza se il mercurio vien dato per bocca, per unzione o per bagno vaporoso, purchè in qualunque metodo si eviti la salivazione, la purgazione ecc.

21. Che le dosi usualmente adottate per uso interno sono per la massima parte troppo forti, e così obbligano ad una prematura sospensione del rimedio.

22. Se un metodo di amministrazione non soddisfa deve ricorrersi ad un' altro; ed in nessun caso difficile deve essere dimenticato il bagno a vapore.

Alterazioni ossee prodotte dal mercurio; del dott. HUGHES BONNET. (*Giorn. delle malattie veneree e della pelle*, 1874).

Nelle sue *lezioni di clinica medica* l'Autore riporta un caso di un cane morto in seguito a mercurialismo, nel quale si trovarono i visceri, e le ossa affette dalle stesse alterazioni che si riscontrano nei sifilitici.

Usage de l'iodure d'ammonium dans la syphilis; par M. Ph. CARAT. (*Gazzette hebd.* 1874).

Il joduro d'ammonio, già adoperato da Magendie, Richardson e Gamberini, fù dall'Autore adoperato in varii casi dei quali riferisce la storia, e le osservazioni. Dietro la sua amministrazione trovò l'jodio nelle orine, e l'ammoniaca nel prodotto sudorifero. Lo stomaco ed il sangue non lo decompongono; la sua decomposizione non si opera che alla pelle, ai polmoni ed ai reni dopo di aver agito su tutto l'organismo colla sua azione jodica ed ammoniacale. Questo medicamento fa aumentare alquanto le orine ed il sudore senza produrre, quando è puro, disturbi di stomaco. Sembra che agisca come un' eccitante generale della nutrizione. I suoi effetti fisiologici sono cefalalgia, insonnia e tremolìo, quando però venga dato alla dose di 5 grammi per 5 giorni di seguito e di 7 nel sesto.

Carat. lo consiglia nella scrofola, nel reumatismo e sopratutto nella sifilide terziaria, alla dose di mezzo ad un grammo. La sua azione è più rapida e più energica di quella del joduro di potassio, e fa scomparire certi accidenti che resistono al joduro di potassio.

Il bromuro di calcio contro la nevralgia sifilitica; del Dott. HAMMOND. (*Amer. J. of. syphilogr. médical Times*, e *Journ. dé therapeutique*, 25 Juin 1874).

Hammond ha prescritto con successo il bromuro di calcio in certe nevralgie sifilitiche ribelli al mercurio ed al joduro di potassio,

alla dose di grammi 1.20 tre volte al giorno. Ne porta 4 osservazioni in proposito.

Il dott. Henry in più che 50 casi di nevralgie sifilitiche inveterate si ebbe a lodare dall' associazione del bromuro col joduro di potassio.

Estratto di una lettura intorno alla sifilide terziaria ed alla cachessia sifilitica, fatta all'ospitale di S. Mary's; del dott. S. A. Lane. (*The Lancet* 25 juill. 1873, e *Revue de sciences méd.* 15 Avril 1874).

Come abbiamo veduto il dott. Lane divide in due sezioni, che comprendono altre sottosezioni, gli accidenti sifilitici. Ora egli contro quelli che mette nella sezione degli accidenti secondarii adopera il mercurio, ritenendo il jodio poco o punto utile. Contro gli accidenti terziarii, la cachessia sifilitica ed i postumi, adopera il jodio e la salsapariglia, ritenendo il mercurio affatto nocivo. I nostri lettori sono già informati in che modo Lane spiega l'azione del mercurio contro le prime manifestazioni. Quanto all'uso del jodio dice che fù usato a dosi troppo alte, che egli non ne dà che un grammo e ottanta centigrammi nelle ventiquattro ore, e non di rado anche meno.

Le preparazioni di oppio non sono solamente utili come calmanti, ma anche perchè aumentano le forze dell' ammalato e moderano le secrezioni. Egli nutre inoltre molta fiducia nella salsapariglia, medicamento dopo l' iodio il più possente, secondo lui, contro la cachessia sifilitica.

Associazione del carbonato di ammoniaca al joduro di potassio nella cura della sifilide; del dott. James Paget. (*Giorn. It. delle malattie veneree e della pelle*, 1875).

L'Autore riferisce cinque osservazioni di sifilide conclamata guarite coll'unione del joduro di potassio al carbonato di ammoniaca. Egli esperimentò questa combinazione per il primo osservando, che il carbonato di ammoniaca aumentava di molto l'azione del joduro di potassio. Il dott. Sweeny di Carlow, ha ottenuti buoni risultati di questo metodo e su larga scala. Egli dice che 25 centigrammi di joduro di potassio combinati a 15 centigrammi di carbonato di ammoniaca danno lo stesso effetto di 40 centigrammi del sale di potassio amministrato col metodo ordinario.

Sifilide ereditaria e dei bambini.

Di alcune maniere di trasmissione della sifilide nella vita conjugale; del Dott. Victor de Meric. (*Annal de dermatolog. et de Syphiligraph.* Tom. V. N. 5).

Il dott. De Meric di Londra ha fatto delle interessanti ricerche su certi modi speciali di infezione nella vita coniugale, che confermano le teorie di Owre.

Ecco i fatti:

1.° Un uomo sifilitico fino dal 1859, trattato e tenuto in osservazione dall' autore, si ammogliava nel 1864, e sofferente ancora di recidive (osteite mascellare) diviene padre in otto anni di cinque figli non sifilitici. Nel 1872 in un coito impuro contrae un ulcero di cui non se ne accorge che dopo 11 giorni, e che diviene fagedenico; ma al 10 giorno egli aveva avuto rapporti colla moglie, la quale sei settimane dopo era coperta di eruzione papulosa generalizzata, che veniva tosto seguita, ad onta di una cura mista energica, da infiltrazioni gommose al viso. L'ulcerazione del marito era stata conosciuta da De Meric per ulcero semplice ed era cicatrizzata in 22 giorni colle cauterizzazioni.

2.° Un signore ammogliato, di cui la moglie era incinta al 4.° mese, il 9 di febbraio aveva un coito extra-coniugale. Il 16 dello stesso mese ed il 17 di marzo ha rapporti colla propria moglie; avendo sentito dolore si esamina e constata la presenza di un ulcero sopravvenuto dopo un'incubazione di 36 giorni, od almeno di 30, se si concedono 6 giorni per l' incubazione. Qualche mese dopo la moglie presenta sintomi evidenti di sifilide, e partorisce un figlio sifilitico.

3.° Una donna che avea contratta la sifilide e soffriva di accidenti costituzionali partorisce un bambino morto, ecc., più tardi diviene l'innamorata di un giovane che durante 2 o 3 anni resta esente da infezione. Si maritano; dodici mesi erano appena passati che questo giovane è preso da dolori alla gola violenti, tumefazione dei gangli cervicali, e quindi roseola accompagnata dai segni più manifesti di sifilide, di cui De Meric crede poter trovare l'origine in un ulcero alle amigdale. Ne nacquero tre bambini che ingrandirono senza presentare il menomo segno di sifilide.

Jullien commentando questi fatti soggiunge:

L' autore in questi casi ne fa conoscere tre modi di infezione. Il primo, dovuto ad un ulcero semplice sviluppato in soggetto sifilitico, ci mostra una sifilide vecchia da più di 13 anni, curata energicamente fin dal principio, ed atta a trasmettersi per inoculazione.

De Meric conchiude parlando di questo caso che il pus di un ulcero terziario o più generalmente di un' ulcerazione qualunque di un soggetto al periodo terziario, può generare la sifilide. Ma cosa diviene in faccia a questa proposizione, il dogma della irreinoculabilità della sifilide al suo ultimo periodo, e gli autorevoli documenti sui quali esso si appoggia?

Nel secondo caso trattasi di un ulcero appena apprezzabile, ancora allo stato di papula che trasmette la sifilide, e questo ulcero era sopravvenuto dopo un' incubazione di 30 giorni!

Il terzo caso relativo ad un ulcero tonsillare prodotto dal contatto delle placche mucose alla bocca, è proposto da De Meric come « *au exemple of the influence of actual matrimonial life on the transmission of disease.* » Quest' ultimo caso dice De Meric è un' eccezione, ma è frequentissimo il vedere sfuggire l' infezione bambini di padre

sifilitico, finchè le madri non partecipano alla diatesi. Sebbene questi possano provare altre malattie speciali, ma non specifiche.

Osservazione di rachitide d'origine sifilitica; del dott. PARROT (*Gaz. med. de Paris*. N. 14, 1874).

Il dott. Parrot leggeva alla Società di Biologia di Parigi una comunicazione interessante intorno ad un bambino che presentava i segni di rachitide dipendenti da sifilide congenita. Questo bambino era dell'età di 10 mesi e mezzo, e la di lui madre in gravidanza portava un ulcero indurito e partorì il bambino con pemfigo ed erosioni sifilitiche.

La madre subiva in seguito i fenomeni secondari ed il bambino presentava le due porzioni del frontale e i parietali che formavano quattro mammelloni salienti, separati da depressioni sul tragitto delle suture coronale, sagittale e di quella del frontale del neonato, il cuojo era come imbevuto. L'omero destro era tumefatto alla parte media per uno spessore di circa 15 millimetri, così pure il radio che era anche curvo, e la sua estremità carpica e quella del cubito erano gonfie, come nella rachitide. La gamba sinistra accorciata, le sue due ossa curve all'interno, e la tibia sporgente in avanti per quasi 6 centimetri.

Il bambino morì con sintomi alla laringe e diarrea.

Il fegato al microscopio lasciava vedere una proliferazione nucleare molto abbondante.

Tutto lo scheletro era ammalato meno le vertebre, le clavicole ed alcune ossa del piede e della mano.

Al cranio tutte le ossa ricoperte da un periostio manifestamente ispessito, aderentissimo alla loro superficie, sono più molli del normale, e non si può che a fatica tagliarli con lo scalpello.

La tavola esterna della callotta è ricoperta da uno strato di un tessuto color rosa carico, spugnoso, elastico, imbevuto di liquido, e sparso di piccoli orifici. In alcuni punti presenta 3 o 4 millimetri di spessore. Attorno alle regioni non ammalate, presentavasi molto sottile, ed anche ridotta a piccole isole, separate da lacune, ove la tavola esterna è semplicemente vascolare.

Le sole parti malate della tavola interna sono i frontali, e le regioni anteriori dei parietali. Vi si scorgeva una vascolarizzazione eccessiva con un leggier rammollimento della sua superficie. In prossimità delle depressioni frontali, la parete era quasi completamente distrutta e non resta fra il pericranio e la dura madre che un sottile strato di tessuto spongoso.

Tutta la superficie femorale eccetto la linea posteriore delle inserzioni muscolari, ed una zona vicina alla testa era coperta e deformata da uno stato più o meno spesso di tessuto spongoide.

Per studiarlo fu d'uopo fare un taglio longitudinale dell'osso, trasversalmente dall'avanti all'indietro. Allora vedevasi che il tessuto

nuovo ha il suo maggiore spessore (3 millimetri) là ove il femore presenta una concavità; che le sue fibre erano perpendicolari alla superficie antica, e ad esso molto intimamente aderenti, tranne in alcuni punti in cui si era sviluppato un lavoro di midollizzazione; finalmente che il tessuto compatto della diafisi restava diviso in foglietti molto distinti fra i quali havvi qua e là dei piccoli ammassi di midolla, che per l'invasione di questa il tessuto spongioso normale tendeva a scomparire.

Le estremità erano rimarchevolmente modificate. La cartilagine presentava uno strato condroide di cui l'altezza in basso era di 5 millimetri all'estremità della diafisi vedesi una zona di tessuto spongoide riunito alla precedente per mezzo di numerose gomme, molto vascolari, ad estremità gonfia e rotondata che la percorrevano quasi per tutta la sua altezza.

L'omero destro, fratturato quasi a metà della sua lunghezza, e soltanto al di fuori erasi contornato da un manicotto di tessuto spugnoso molto più compatto, meno vascolare e di apparenza più fibrosa che quello del femore.

Un taglio antero-posteriore fatto sullo stesso osso, dal lato sinistro, rivelava un fatto interessante: ed è che eranvi attorno della diafisi, vicino all'estremità inferiore, due strati densi di nuova formazione, separati da uno spazio midollare. Il più antico, che restava il più interno, era duro, e quello che trovavasi a contatto col periostio, era spongoide.

La tibia ed il perone sinistro erano fratturati presso a poco ed eguale distanza dalle estremità, locchè spiega la curvatura rimarcata durante la vita. La incavatura della tibia era devoluta ad uno strato molto spesso di formazione recente. Fra i frammenti ossei si vedevano alcune isole di cartilagine.

Nel maggior numero delle ossa, la cavità midollare era tappezzata specialmente nella sua regione media, da uno strato in generale poco spesso di tessuto spongoide.

Le coste formavano delle nodosità molto voluminose dovute all'esistenza di una zona estesa di tessuto condro-spongoide, e specialmente all'esterno presentavano alcune placche di formazione recente.

L'autore ritenne questo bambino affetto da rachitide, ma da rachitide sifilitica, ed in appoggio riferisce un altro caso analogo.

Cconchiude quindi che *la sifilide ereditaria deve essere considerata come una causa di rachitide.*

Di alcune manifestazioni della sifilide congenita, specialmente della infiltrazione fibro-plastica nel fegato del feto, e del neonato; del Dott. F. De Rochebrune. Paris, 1874.

L'autore in un suo lavoro inaugurale studia le manifestazioni della sifilide congenita, principalmente l'infiltrazione fibro-plastica del fegato E dopo di aver esposti i dati storici, e le lesioni principali che ac-

compagnano l'alterazione di fegati, quali il pemfigo, le fessure o ragadi, le ulcerazioni, le placche mucose e l'aspetto senile, e quelle delle mucose e del sistema nervoso, dalle quali sebbene pel poco numero trovate nelle osservazioni proprie non se ne può trarre una certezza assoluta sulla loro presenza costante, pure ne deduce che lascian delle grandi probabilità in proposito. Nelle lesioni degli organi splancnici, ferma l'attenzione sopra un'alterazione, trovata in un polmone, e la cui forma crede non sia stata prima segnalata. Questa consisteva in una colorazione di un rosso vermiglio intensa in tutte le parti costituenti l'organo, in macchie di un nero profondo disseminate sui lobi, ora della grossezza di un grano di senape, ora di quella di una piccola avellana, indicanti altrettanti nodi penetranti nel tessuto polmonare, e lascianti sortire al taglio ed alla pressione una materia bruna viscosa nella quale galleggiavano piccole cellule sparse nel mezzo di una trama fibro-plastica. Insomma una vera gomma come trovasi negli adulti.

Nella lezione dei liquidi studia quella del sangue e dell'orina, indi passa alle complicazioni prodotte da esse, dopo di aver riportato quanto dice Gubler sulla alterazione anatomo-patologica fibro plastica del fegato, ed aver aggiunto altre considerazioni tratte dai casi suoi proprii, di cui riporta le figure, riferisce 19 osservazioni delle quali 5 di Gubler, una di Ricord, due di Desruelles e le altre sue proprie.

Vengono in seguito studiati il periodo della sifilide nel quale può succedere l'infiltrazione fibro-plastica del fegato, la sua eziologia, ed il quesito dell'infezione per mezzo del bambino preso da questa alterazione. Descrive una sifilide che aveva prodotte già le sue alterazioni nella gola, nell'autore stesso, per aversi egli punto nel sezionare un bambino che era soggetto dei suoi studj.

Toccati infine i sintomi, la diagnosi, la prognosi, e la cura, giunge alle seguenti conclusioni:

1.° Che l'infiltrazione fibro-plastica del fegato, manifestazione la più grave della sifilide congenita, scoperta dal prof. Gubler, presenta una frequenza fino allora sconosciuta.

2.° Che questa manifestazione principia generalmente negli ultimi mesi della vita intra-uterina, e non attende per dichiararsi che pochissimi giorni dalla nascita.

3.° Che essa è invariabilmente accompagnata da altre manifestazioni proprie alla sifilide infantile, e che esiste raramente senza avere per compagne, le alterazioni del timo, dei polmoni, nei quali crede aver trovate alterazioni ancora sconosciute.

4.° Che i sintomi i più chiari dell'infiltrazione del fegato risiedono nella colorazione rosso vinosa delle estremità inferiori, e nella presenza dell'ascite.

5.° Che questa ascite conseguenza dell'infitrazione dipende unica-

mente da un ostacolo, apportato alla circolazione dalla grave lesione della glandola epatica, e che non è dovuta, come vorrebbe Desruelles, a una secrezione patologica della mucosa peritoneale.

6.° Che la peritonite non è subordinata alla infiltrazione, perchè non si incontra che raramente.

7.° Che un altro carattere importante consiste nell'alterazione delle orine, ove si constata la presenza dell' emato-globulina e della albumina.

8.° Che nelle due forme di infiltrazione descritte da Gubler, esistono delle varietà poco conosciute che confermano la sua opinione tendente ad assimilare l' infiltrazione del fegato alle gomme, ed al sarcocele sifilitico degli adulti.

9.° Che in presenza del succedersi dei sintomi secondari e terziari, vi ha luogo a creare un periodo di transizione.

10.° Che l' inoculazione nell' adulto del liquido epatico infiltrato produce i sintomi della sifilide confermata.

11.° Che almeno nei casi identici a quelli osservati dall'autore, l'influenza sola del padre deve essere ammessa come causa dell'infezione produttrice dell' infiltrazione.

12.° Che l'infiltrazione del fegato presenta sempre una gravezza eccezionale.

L'autore quanto alla cura dice che in tutti i casi bisogna fare una cura razionale con prontezza ed energia, adoperando, secondo la forza e l'età dei piccoli pazienti, i preparati mercuriali combinati col ioduro di potassio; che le frizioni, ed i bagni di sublimato saranno quasi sempre bastanti senza ricorrere ad una cura interna. Che infine la madre o la nutrice sana od ammalata dovranno essere curate insieme al bambino.

Caso di epilessia infantile; del dott. Althaus. (*Medical Times and Gaz.* Avril, 1874).

Un ragazzo di 9 anni venne accolto all' ospedale nell' aprile 1873. La madre dice che durante sei mesi consecutivi ebbe accessi come quelli dei bambini che mettono i denti.

In questi accessi convulsivi la testa era portata a sinistra, la faccia e le orecchie erano fortemente colorate, con perdita completa di coscienza, morsicatura della lingua, schiuma alla bocca, emissione di orina e convulsioni che duravano 5 o 6 minuti, e che agitavano la parte sinistra, poi la testa fino ai piedi.

Il bambino dormiva un'ora circa dopo l'attacco, non aveva più memoria; generalmente aveva quattro o cinque accessi al giorno. L'intelligenza sembrava assai netta, e meno la tinta anemica, non si avevano altri segni morbosi.

Si prescrisse il bromuro di potassio, indi la belladonna; ma per sei mesi circa non si ebbero cangiamenti nello stato del piccolo ammalato.

Si esaminava allora la madre e la si trovava sifilitica, come era

sifilitico anche il padre. Allora si somministrò al figlio il ioduro di potassio e sei mesi dopo era perfettamente guarito.

Lo stadio latente della sifilide ereditaria; del dott. Eisenshitz. (*Rivista clinica di Bologna*).

L' autore da' suoi studi sullo stato latente della sifilide ereditaria, deduce che in generale questo stato è più breve di quello che osservasi nella sifilide acquisita. I primi fatti caratteristici cominciano in generale dalla sesta alla dodicesima settimana dalla nascita, possono però stare latenti anche maggior tempo, ma in casi rari.

Quanto alla forza dell'infezione ereditaria, questa diminuisce quanto più lontana è l' epoca della nascita del bambino dalla prima infezione dei genitori.

Si hanno però sintomi che lasciano prevedere tale malattia. Così nel periodo che passa tra la nascita e la prima comparsa dei fenomeni locali, vi è denutrizione, peso diminuito del corpo, di modo chè questi bambini muojono presto. Osservando allora attentamente si vedono già i segni primi delle placche mucose in quei punti ove generalmente si sviluppano.

In quanto alla prognosi devesi fare triste, quasi sempre si ha il fine letale; però con una cura fatta prontamente e ben diretta si può avere la guarigione. Talvolta la nutrizione è in buon essere, ma il bambino si sente male senza ben definire cosa si sente, ed ha disturbi digestivi. L' autore annette grande importanza al tumore di milza che manca quasi mai, e che preesiste spesso alle manifestazioni cutanee prime, e poi persiste. La percussione in tale caso aiuta meglio di ogni altro mezzo diagnostico, perchè la milza trovasi più in basso, essendo più pesante. V'è nel periodo latente della sifilide ereditaria mancanza di tumefazioni alle glandole.

La cura deve farsi subito appena stabilita la diagnosi; se non impedisce le eruzioni cutanee migliora però lo stato generale, e la si deve fare col calomelano e colle unzioni di unguento mercuriale.

Osservazioni cliniche sulle affezioni sifilitiche delle ossa delle mani dei bambini: del dott. R. W. Taylor. (*Giorn. It. delle malatt. veneree e della pelle.* 1874).

L'autore riferisce due casi di affezioni delle ossa delle mani, l'uno per sifilide congenita e l'altro per sifilide acquisita, che uniti a quello già da lui pubblicato nel 1871 e di cui noi abbiamo già dato conto nella rivista antecedente, ed i consecutivi di Smith, Morgan, Parres, Gross e Scarenzio, dimostrerebbero la dactilite sifilitica più comune di quello che fosse stata creduta per l' addietro.

La prima storia si riferisce ad una bambina nata da madre sifilitica, che presentò dopo un mese dalla nascita, roseola, placche mucose, corizza, e dopo poco ancora ingrossamento indolente del dito destro. Il gonfiamento si crebbe per due mesi, ed allora la pelle ne divenne rosa e tesa. Dopo quattro mesi in questa località si presentò

fluttuazione che lasciò sortire da una puntura molto pus. Questo dito era gonfio da misurare un pollice in ogni diametro ed una circonferenza di due pollici, con flessione forzata. Le incisioni si presentavano fungose a margini lividi e scollati. Eravi esagerazione alla sensibilità del dito. Guariva dietro la cura mercuriale dapprima e poi mista.

La seconda storia si riferisce ad una bambina che avendo una sorella affetta da sifilide congenita, per mezzo di baci sulla fronte si contagiò essa pure. Alloraquando fu presentata a Taylor era affetta da sifilide papulosa alla guancia ed alla fronte, con roseola generale, placche mucose alla mucosa e sifilodermi larghi alle braccia. Il metacarpo dell' indice destro notevolmente ingrossato, e di forma ovale, presentava nel suo mezzo un diametro di un pollice e un quarto decrescente alle estremità opposte. Esso occupava intieramente lo spazio triangolare esistente tra i metacarpi dell'indice e pollice. Era dolente al tatto e la pelle non era alterata.

La cura stessa del primo caso guarì anche questa, e l'autore nota come contro queste affezioni faccia più buona prova la cura mista che la sola mercuriale.

Sifilide infantile; par Thomas Ballard. (*Brit. med. journ.* 23 aout 1875).

L' autore presentava un bambino di 5 mesi con tutta l' apparenza di un soggetto sifilitico. Dimostrato però che tutti i segni alla pelle ed alle mucose non dipendevano che dalla pattina della lingua, si dimanda quali sono i segni della sifilide congenita e ne trae queste conclusioni.

1.° La morte del bambino nell'utero è la consegueuza della sifilide materna, senza che sia necessario supporre la stessa malattia nel bambino. La decomposizione della pelle nei bambini nati morti non è che il risultato di una lunga macerazione del cadavere nelle acque dell'amios.

2.° Le osservazioni di bambini viventi nati con alterazioni sifilitiche sono tanto rare che si può essere in dubbio sulla loro autenticità.

3.° Il pemfigo e le altre lesioni cutanee, che possono sopravvenire 15 giorni dopo la nascita e che furono riguardate come accidenti della sifilide, non saranno che lesioni pioemiche dipendenti dall' ascesso ombellicale, conseguenze di condizioni igieniche deplorevoli.

4.° I sintomi che si manifestano qualche settimana dopo la nascita e che si ha l' abitudine di ritenere come patognomonici dell' infezione sifilitica, saranno prodotte dalle stesse cause igieniche.

Nella cura della sifilide infantile l' autore proscrive il mercurio come inutile ed anche dannoso.

Endometrite placentare gommosa; del dott. Zronid Slavyanski, de Saint-Petersbourg. (*Annal. de dermat. et de Syphilograph.* Tom. V, N. 6).

È tanto interessante la storia raccolta dal dott. Slavyanski nella

clinica del dott. Kleinwachter, che noi pure seguendo l'esempio del dott. Schwartz la riproduciamo testualmente.

F. N., di 20 anni di età, entra nella clinica ostetrica il 3 agosto 1870. Un anno prima erasi sgravata di un bambino a termine e vivente. Ella faceva rimontare la sua ultima epoca mestruale al 15 gennaio; dopo *due mesi* non sentiva *più muoversi* il suo bambino; i primi dolori si fecero sentire il 2 agosto alle ore 9 del mattino.

Al suo ingresso trovasi il ventre poco sviluppato, non udivasi il battito del cuore fetale, il collo uterino era completamente scomparso, la borsa delle acque tesa ed a traverso di essa si sentiva porzione del cranio con piccole parti fetali. Si apriva la borsa delle acque ed il feto si presentava per la faccia in prima posizione, ad un'ora dopo dall'entrata della madre nello stabilimento, e 24 ore dopo il principio dei dolori, il parto si effettua, senza difficoltà.

Il feto, di sesso femminile, era morto ed in decomposizione e pesava senza la seconda 1[2 libbra austriaca. La madre presentava sulle grandi labbra, ai contorni dell'ano dei numerosi e larghi condilomi. Questa affezione sifilitica datava da tre mesi al dire dell'ammalata.

Il feto lungo sedici centimetri, non presentava alterazione alcuna che potesse spiegare la morte per qualche affezione organica. La placenta che misura, 11 centimetri di diametro sopra uno spessore di 25 millimetri presentasi ben conservata, di color rosso pallido, le membrane normali. La placenta materna ed ispessita a chiazze, e rassomiglia, nel tutto assieme ad una membrana omogenea, leggermente opaca; non si può separarla dalla placenta fetale che con difficoltà, ed in certi punti ne è affatto impossibile; è fra i cotiledoni di quest'ultima che gli ispessimenti sono più pronunciati. Questi si presentano al taglio sotto l'aspetto di nodosità infossantisi a conca nella placenta fetale; la superficie di sezione di queste nodosità presentava due strati distinti, uno era esteriore, leggermente fibroso, compatto, grigio alla periferia, ed uno strato centrale più molle, giallo, mentre i caratteri di una massa caseosa; nel mezzo dello strato grigio periferico si trovano egualmente dei punti gialli isolati poco numerosi. I limiti tra questa porzione centrale ed il tessuto che la circonda non sono bene delineati; le nodosità non si distinguevano dal tessuto della placenta fetale, ma vi si marcano dei numerosi prolungamenti dello stato grigio periferico che si infossano nella placenta, i quali si ramificano e si anastomizzano fra le maglie del tessuto spugnoso della placenta fetale. Si trovò una rete simile, solamente meno sviluppata negli altri punti di placenta materna che presentava dei semplici ispessimenti senza nodosità, e le più forti ramificazioni di questa mezza reticella non potevano essere seguite che fino al terzo mediano dello spessore placentare.

Esame microscopico. — Le villosità della placenta fetale in certi punti di degenerazione grassosa poco avanzata, d'altronde in buono

stato; i loro vasi riempiti di pochi globuli sanguigni. La placenta materna presentava niente di notevole nei punti non ispessiti, gli elementi sono in buon stato, nessuna traccia di metamorfosi regressiva. I punti ispessiti che non aveva forma di nodosità si presentavano nello stato seguente: lo strato superiore si componeva di grandi cellule (cellule della caduca intermedia) a più nodi in numero normale; immediatamente al di sotto di questo strato se ne trovava un secondo che componevasi di grosse cellule in parte fusiformi, in parte ovali o rotonde, collocate in una sostanza grossamente fibrosa; in molte di queste cellule si distingueva distintamente il nodo, che in alcune aveva forma di biscotto, in altre è sdoppiato; l'acido acetico faceva scomparire la sostanza intra-cellulare, ed i nodi apparivano più distinti.

Lo stesso tessuto continuava sotto forma di prolungamenti fino nella placenta fetale, ove costituiva la rete sopra descritta. Nelle maglie più larghe di questa reticella le villosità sono abbastanza libere e erano restate inalterate; nelle più strette, in quelle che maggiormente si avvicinano alla placenta materna, le villosità erano compresse le une contro le altre, il loro epitelio è torbido, ed i nodi di questo epitelio erano invisibili; nelle maglie strettamente compresse dal tessuto placentare proliferato, e che non contenevano che una villosità, l'epitelio era scomparso, e non se ne trovava che qua e là delle vestigia sotto forma di una massa finamente granulare. Il tessuto delle villosità era immediatamente contiguo al tessuto della placenta materna, per chiazze, il primo era ancora in buon stato, ma allora le sue cellule presentavano una massa finamente granulata. Lo strato grigio periferico delle nodosità presentava la struttura stessa dei punti ispessiti della placenta materna, cioè un tessuto connettivo grossamente fibroso contenente cellule rotonde, e fusiformi assai numerose. I prolungamenti di questo strato che penetravano nella placenta fetale avevano la stessa struttura. Il centro giallo delle nodosità ed i punti gialli si compongono quasi esclusivamente di detritus; non era che a chiazze che si trovavano delle vestigia di fibre e cellule. Fra lo strato grigio ed il centro giallo eranvi numerose cellule di varia forma, fra le quali prevalevano le rotonde. Fra queste cellule si vedeva una quantità insignificante di sostanza intracellulare finamente fibrosa, che l'acido acetico non faceva scomparire. Le cellule sopra nominate provenivano dallo strato grigio; avvicinandosi al centro le cellule divenivano gradatamente più torbide, granulose e si trasformavano in detritus.

In questo caso nè il bambino nè il cordone, nè le membrane non presentavano alterazioni che spieghino la morte; la sola placenta materna sembrava ammalata. La placenta era stata la sede di una proliferazione congiuntivale, che ebbe il suo punto di partenza nella placenta materna, e che si presentava diffusa e circoscritta in forma di nodosità. Queste due specie di placentite non sono rare, la loro eziologia non è conosciuta, e si riscontrano tanto nei sifilitici che nei sani; la forma a focolai è stata osservata più volte da Mayer nei sifilitici.

L'ispessimento esteso della placenta materna, e la proliferazione diffusa del tessuto congiuntivale nella focaccia placentare, dopo le osservazioni di Mayer offrivano condizione sufficiente a spiegare la morte del bambino e l'aborto.

In questo caso sebbene gli ispessimenti non fossero che circoscritti nella placenta materna, ma erano però abbastanza estesi per numero, ed inoltre la proliferazione del connettivo penetrò nello spessore della placenta fetale, ed una gran parte delle villosità erano già incapaci a funzionare; somiglianti alterazioni devono aver alterata la circolazione in modo da causare la morte e l'aborto.

Infine dalla proliferazione del connettivo, noi vediamo aggiungersi nel nostro caso lo sviluppo di tumori penetranti come covi nella placenta fetale che consistono principalmente in tessuto di granulazioni con focolai necrobiotici centrali, sorta di tumori conosciuti sotto il nome di gomme. L'anamnesi e l'esame dell'ammalata confermano la diagnosi che d'altronde non potrebbe ventilarsi che tra la gomma ed il tubercolo. Ma l'assenza delle piccole granulazioni migliari alla periferia delle nodosità, ed al microscopio la mancanza del tessuto linfatico, depone in favore della gomma.

Nella letteratura medica non evvi che un caso somigliante a questo descritto da Virchow.

Sifilide ereditaria dal padre ai figli; del dott. Brebant, de Reims. (*Soc. med. de Reims*, *bull. n. 11*, e *Revue des scienc. med.*, janvier, 1874).

È un caso di trasmissione della sifilide dal padre al figlio senza infezione della madre, e che presenta varii lati di interesse. La madre aveva partorito sei bambini, dei quali 3 morti per sifilide, uno vivente aveva sofferto di lesioni sifilitiche e il sesto ed un ultimo pure vivente era sempre stato immune di questa malattia.

Le gravidanze e principalmente le prime si accompagnarono da idramnios; così il dott. Brebant conchiude che l'idramnios è un accidente che deve portare il medico ad interessarsi della salute del padre o della madre dal punto di vista della sifilide.

Quanto alla cura l'autore pensa che l'amministrazione del protoioduro di mercurio, nei casi di sifilide fetale di origine paterna anche senza infezione della madre, può essere non solo senza danni ma favorevole al corso della gravidanza. Il ioduro di potassio gli parve avere presso a poco la stessa influenza, sebbene questo sia meno chiaramente provato. La limonata solforica può essere amministrata contro l'idramnios durante la gravidanza.

Eziologia della sifilide ereditaria, esame dei casi dove si ammette l'esistenza della malattia nel padre senza che la madre ne sia attaccata; del dott. Federico Turgis. (*New-York med. Jurn.*, juill. 1873, e *Revue des scienc. med.* janvier 1874).

L'autore propugna in questa sua memoria le idee già emesse nel

1871 cioè che lo sviluppo della sifilide ereditaria, in un neonato, implica necessariamente nella madre l'esistenza della stessa malattia. Egli sottomette ad un attento esame critico minuzioso le osservazioni contrarie all'opinione sua di Hutchinson, Diday, Baerensprung, Langston, Parker, ecc., e conchiude che tutte le loro osservazioni sono incomplete, e che se la teoria da lui combattuta fino ad oggi ha goduto d'un certo favore è perchè la più parte degli autori riportavano fatti antecedenti senza farne una discussione seria.

Egli porta all'appoggio della sua opinione quattro ordini di fatti

1.° Casi dove all'epoca della concezione il padre aveva degli accidenti sifilitici, ma la madre era sana.

2.° Casi dove il padre, antico sifilitico, non aveva attualmente manifestazione alcuna, e la madre era sana.

3.° Casi ove il padre e la madre avevano altre volte avuta la sifilide, ma non presentavano più alcuna lesione specifica.

4.° Casi ove tutti e due all'epoca della concezione erano sotto l'influenza della sifilide.

Sifilide ereditaria tardiva; del prof. W. Laschkewitch. (*Vierteljahresschrift für dermatolog. und Syphilis.* 1874, 2 und 3 Heft).

L'autore espone due casi di sifilide tardiva, ereditaria diagnosticati tali dai dati anamnestici sui parenti, senza che vi fossero lesioni esterne sugli ammalati che confermassero la diagnosi, la quale però ebbe piena conferma dall'autopsia.

Il primo riguardava una giovane di 22 anni la quale nè portava cicatrice di pregresso ulcero, nè ulcero su tutta la superficie del corpo, non aveva ingrossamento delle glandole, ma invece trovavasi in completo stato di anemia, le ossa erano incompletamente sviluppate sicchè sembrava una ragazza di soli 10 anni, presentava sintomi di tubercolosi al polmone, il fegato era ingrossato come pure la milza. Dall'anamnesi si raccolse che la paziente fu sempre malaticcia. I suoi parenti erano morti da lungo tempo, e constava che il padre era stato ammalato per piaghe alle estremità superiori ed inferiori.

La sezione constatò al fegato ed alla milza chiare e caratteristiche le alterazioni dovute alla sifilide.

Il secondo caso si riferisce ad un ragazzo, contadino di 14 anni, che presentava come dice bene l'autore il vero ritratto del caso antecedente. Lo stesso arresto di sviluppo, lo stesso indebolimento generale, le stesse alterazioni del sangue. Nessuna alterazione delle glandole superficiali, presso a poco lo stesso volume del fegato il quale però presentava irregolarità nella superficie, e una gonfiezza in forma di palla grossa quanto un pugno di ragazzo, di forma liscia e leggermente fluttuante. La milza ingrossata e come il fegato dolorosa alla percussione.

Il padre di questo ragazzo portava una cicatrice con perdita di so-

stanza della grossezza di un pezzo da sei soldi in varii punti della superficie cutanea. Sul pene una cicatrice postuma di ulcero, ingrossamento delle glandole linfatiche e l'ugola per metà distrutta.

All'autopsia di questo giovane trovavansi nel fegato e nella milza le stesse alterazioni chiaramente sifilitiche del primo caso, che confermarono chiaramente la diagnosi.

Nuovi dati per risolvere la questione se a mezzo del padre o della madre si trasmette la sifilide ereditaria; dol dott. Adam Owre (*Revue des sciences med.* 15 janvier 1874).

L'autore già prima in una sua memoria su questo argomento edita nel 1868 non osava pronunciarsi in maniera formale e conchiudeva con Mireur che l'influenza paterna fosse estremamente rara, quasi eccezionale.

In un altro suo lavoro nel 1872 per maggiore esattezza non prendeva in considerazione che i casi di sua clientela privata, e in quei fatti seguiti colla maggiore attenzione possibile non gli si era presentato un caso solo nel quale il padre avesse generati dei figli specificamente infetti. Il numero dei casi ascendeva a 24 padri di questa categoria, i quali avevano avuti 24 figli.

Nella memoria presente si appoggia sull'osservazione di 29 padri e 55 figli: e tratta sempre della possibilità di infezione pel solo sperma. Conchiude che:

1.° L'influenza paterna, secondo tutte le verosimiglianze, è nulla in riguardo alla sifilide ereditaria.

2.° Lo sperma di un uomo sifilitico non esercita nessuna azione nociva sull'organismo della madre.

3.° Il generato da un uomo sifilitico è sano e robusto.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

del prof. A. DE GIOVANNI e del dott. F. PIROVANO

Fraentzel — *Della ipertrofia e dilatazione dei ventricoli del cuore prodotta dalle fatiche campali.*

Hertz — *Un caso di rammollimento del midollo allungato, causato dalla ipertrofia ed abnorme posizione del processo odontoideo dell'epistrofeo.*

Baas — *Sul respiro intermittente.*

Dowse — *Intorno alla cura della meningite cerebro-spinale.*

Chvostek — *Le sclerosi disseminate del sistema nervoso cerebrale.*
Bastian — *I segni clinici delle lesioni del ponte e delle gambe del cervello.*
Bernhardt — *Contribuzione clinica alla dottrina delle affezioni periferiche del cervello nell'uomo.*
Rothmund — *Sulla eziologia del tifo.*
Botkin — *La contrattilità della milza ed i rapporti fra i processi di infezione e la milza, il fegato, i reni ed il cuore.*
Cianciosi — *Sopra un caso di polmonite suppurante curata coll'acido fenico e l'olio essenziale di trementina.*
Barduzzi — *Brevi osservazioni sulla terapia della difterite e specialmente sull'uso dell'idrato di cloralio.*
Fornara — *Caso di rottura della milza.*
Spiaggia — *Empiema sinistro in individuo affetto da infezione palustre, toracentesi, guarigione.*
Bonfigli — *Un caso di cisti dermoide nella cavità degli epiploon.*
Concato — *Caso di adeno-carcinoma periesofageo.*
Riva — *Della compressione del torace dal lato sano come mezzo curativo degli essudati pleuritici.*
Tommasi — *Sulla iscuria isterica.*
Tommasi — *Nota sul tifo.*
Capozzi — *Storia clinica di una catalessia.*
Consalvi — *Intorno l'ateromasia delle arterie.*

Ueber die Entstehung von Hypertrophie und Dilatation der Herzventrikel durch Kriegsstrapazen; del dottor Fraentzel. (Della ipertrofia e dilatazione dei ventricoli del cuore prodotta dalle fatiche campali. *Arch. f. patholog. Anat. u. Physiol. von Virchow, 57 B. 2 Heft*).

Che queste alterazioni del cuore si possano incontrare senza alcuna malattia negli apparati circolatorio, respiratorio e renale, fu negato, ma ora è ammesso da Baur, Traube, Macleau, Myer, Moinet e Thurn. Con Traube l'Autore riconosce tre cause per la ipertrofia idiopatica del cuore, l'abuso degli alcoolici, l'abuso di tabacco e la stasi nel dominio della porta. Thurn però dice che un'altra causa sono le marcie forzate dei soldati. Lo sforzo continuo delle musculature eccitano i centri nervosi che governano il cuore e cagiona per conseguenza anche una esagerata azione cardiaca. Il sangue che affluisce al cuore sotto una elevata pressione, produce negli individui deboli una dilatazione del miocardio, alla quale, cessato che sia il momento per cui ebbe luogo la dilatazione stessa, succede una eccessiva azione cardiaca e quindi l'ipertrofia. — Che dagli sforzi muscolari ne possa venire l'ipertrofia di uno o dell'altro o di amendue i ventricoli, l'Autore lo ammette anche dietro idee teoretiche, ma differenti da quelle di Thurn. — Durante la campagna 1870-71 potè convincersene avendo trovato infatti l'ipertrofia e la dilatazione del ven-

tricolo sinistro, quelle del destro e quelle di entrambi. In qualche raro caso trovò la dilatazione del ventricolo senza la ipertrofia. — Raccolse 19 casi, in niuno dei quali potè riscontrare nemmeno una delle particolari lesioni anatomiche da ritenere spiegata da essa la lesione cardiaca — non vizi o deformità valvolari, nè di orifizj, non croniche affezioni pomonali, non malattie vasali, non renali. — Tutti gli individui erano soldati da 3 anni, meno uno, e neppur uno aveva prima della campagna provato un sintomo solo della malattia. Con che rispondesi a coloro cui venisse in mente che la lesione cardiaca poteva essere congenita. — L'Autore dunque è convinto che dessa era propriamente derivata dalle fatiche della campagna — fatiche, le quali è facile immaginare quanto sieno state, ricordando le grandi marcie, che spesso molti giorni continuavano senza riposo ed a passo celere, come quando si andò sopra Orléans, dove si trovavano gli ammalati di cui fa parola l'Autore. In essi giornalmente doveva essere sempre più difficile la respirazione e tanto più in quanto che il torace era anche aggravato dal peso degli oggetti che seco portano i soldati sulle spalle, ed in quanto lo stesso diaframma meno si abbassava per essere circondato il ventre dalla cintura che sosteneva due giberne pesanti. — Egli è evidente che dovevasi determinare per ciò una grave pressione interna nel sistema dell'arteria polmonale, che giunta ad un certo grado doveva produrre la dilatazione del ventricolo destro ed anche la ipertrofia del medesimo, quando la musculatura del medesimo ventricolo fosse stata capace di durare nello sforzo necessario per superare la resistenza opposta nella polmonale.

Le marcie forzate, come bene si comprende erano anche accompagnate dall'eccessivo lavoro di tutte le musculature del corpo, le quali, secondo quanto detta esperienza, si sa che fanno aumentare la pressione nel sistema dell'aorta. Aggiungasi che durante il verno, atteso l'azione del freddo, cui i soldati erano esposti notte e giorno, avevansi quasi costantemente contratte le arteriole cutanee e per ciò anche maggiore doveva essere l'ostacolo alla circolazione arteriosa. Or bene questi due momenti erano capaci di produrre la dilatazione del ventricolo sinistro e quando il muscolo di questo valeva a superare l'ostacolo doveva necessariamente ipertrofizzarsi. Così è che in ciascun caso riescì poi difficilissimo determinare quale delle due lesioni erasi presentata la prima, se la dilatazione o la ipertrofia.

Secondo le fatte osservazioni, risulta che la ipertrofia e la dilatazione del ventricolo sinistro si verifica più di frequente per l'aumento di pressione nel sistema aortico (sopra 19 casi 10 volte). Molto più raro (2 volte) partecipò degli effetti dello squilibrio idraulico il sistema dell'arteria polmonale, 3 volte era affetto contemporaneamente il destro e sinistro ventricolo. La isolata lesione del ventricolo destro in 2 volte è forse espressione di circostanze accidentali, che non poterono conoscersi malgrado diligenti indagini anamnestiche. Forse gli individui erano stati

esposti a gravi sforzi respiratorii od a difficoltà respiratorie per contemporanea, ma non avvertita, presenza di catarro bronchiale. Del resto in tempo di guerra può sempre considerarsi facile e frequente l' abuso degli alcoolici. — Incerta pure rimane sempre la efficienza delle condizioni psichiche.

I pochi casi (4) nei quali venne riscontrata soltanto la dilatazione delle cavità cardiache, ponno spiegarsi ammettendosi che alla accresciuta pressione intravasale non corrispondesse pari energia muscolare, oppure che lo stato della generale nutrizione rimanesse lungamente così depresso da non favorire la ipertrofia compensante della musculatura.

Del resto si trovarono alcuni con la dilatazione del solo ventricolo destro o sinistro, i quali — come *a priori* si pensa — dovevano giudicarsi in peggiore stato di quello in cui era contemporanea la ipertrofia ventricolare. Infatti presentavano breve il respiro, tinta cianotica e quindi erano assai poco atti al lavoro. De-G.

Ein Fall von Erweichungsherd in der Medulla oblungata, bedingt durch Hypertrophie und abnorme Stellung des Processus odontoideus epistrophei; del prof. Hertz. (Un caso di rammollimento nel midollo allungato, causato dalla ipertrofia ed abnorme posizione del processo odontoideo dell'epistrofeo. *Arch. f. klin. med. B. 4, 5, Heft*).

J. H. Dubois, d'anni 15, figlio a genitori sani, ammalò soventi per angina lieve e passeggiera. Del resto fu sempre sano. Lavorava più che nol comportasse l'età, coricavasi tardi la sera, e la mattina si alzava per tempo. Sullo scorcio dell'anno 1870 cominciò a dolersi di mal di capo, che era più intenso a sinistra che a destra; aveva allora un pò duro l'udito e resisteva meno al lavoro. Tratto tratto doveva riposare perchè aveva stanche le braccia e le gambe ed insieme accusava il senso di pesantezza agli arti. — La debolezza agli arti andò sempre crescendo ed qualcosa di consimile veniva manifestandosi anche ai muscoli del tronco. Per 8 settimane si fece curare a domicilio, durante il qual tempo le palpebre gonfiarono ed arrossarono, non era più in caso di salire una scala e nemmeno di attraversare gli alti ponti che si trovano nella città (Amsterdam). Aveva poi una certa difficoltà di deglutizione ed anche senza che effettuasse questo atto provava una sensazione dolorosa nella gola. Nel novembre del 1871, affetto da scabbia e da eczema consecutivo, fu accolto nell'Ospitale, d'onde, guarito dell'affezione cutanea, passò nella Clinica dell'Autore.

Quivi si completarono i predetti sintomi ed inoltre si trovò che l'aprire la bocca cagionava un dolore nell' articolazione della mascella e alle guancie, la bocca poi aprivasi poco e stentatamente, perchè il temporale, il massetere ed il buccinatore erano in istato di una certa tensione; la lingua mobilissima nella bocca, non poteva per conseguenza essere sporta interamente; fauci e retrofauci fortemente arrossate. Pigiando col dito la parete posteriore della faringe in corrispondenza dell'arco anteriore dell'atlante, s'incontra una sottile sporgenza che è al-

quanto sensibile. La settima vertebra cervicale sporgeva notevolmente e la pressione su di essa, non che il tocco mediante la spugna bagnata d'acqua calda non offriva alcun dolore. La colonna vertebrale era alquanto deviata a destra nella porzione dorsale ed alquanto a sinistra nella porzione lombare.

Al petto nulla di abnorme. Il ventre un poco espanso.

La sensibilità elettro-musculare, le contrattiiità delle superiori ed inferiori estremità, come pure la sensibilità elettro-cutanea, normali.

Orine abbondanti (1600-2000 cent.) per nulla abnormi. Dejezioni alvine, polso, temperatura tutto normale.

Dopo qualche tempo l'ammalato principiò a dolersi di un certo dolore alla nuca se tentava di flettere il capo sullo sterno. Tenendo il capo eretto si vedeva che tendeva alquanto all'indietro e camminando era messo di qua e di là, malgrado lo sforzo che faceva il paziente per tenerlo sempre nella posizione eretta.

Venne fatta diagnosi di compressione della porzione cervicale del midollo da carie delle superiori vertebre cervicali.

In breve tempo si aggravarono tutti i fenomeni di lesa motilità, per cui il paziente era condannato a rimanere lungo tempo sul suolo o in letto, ma poi entrò in un periodo di stazionarietà. Nelle estremità superiori, colla sempre maggiore debolezza muscolare era venuto manifestandosi una contrazione del bicipite, onde le braccia tendevano ad essere allontanate dal tronco, con cui facevano un angolo retto.

Più avanti il paziente non fu più capace di movere in avanti il capo e quindi teneva la nuca colla colonna vertebrale sempre immobili. Tutti i fenomeni erano più espressi a destra che a sinistra, e per quello che concerne le funzioni psichiche, notossi un certo quale abbassamento anche in questo.

Nel luglio del 1872 cacciò alcuni sputi sanguigni che presto sparvero insieme colla poca tosse. Dimagrava, quantunque il paziente non si dolesse di altre nuove insorgenze. I muscoli delle estremità non che il cucullare ed il deltoide e lo sterno-cleido-mastoideo si riconobbero molto assottigliati. Ciò trasse ad un nuovo esame del petto in cui fu trovato che minore era la rissonanza agli apici polmonali e che aspro era il mormore vescicolare ed accompagnato da qualche rantolo. Fu poi constatata anche una lieve diminuzione dei muscoli delle estremità inferiori.

Il rossore delle palpebre era anche maggiore e si era diffuso al viso dove scorgevansi delle macchie rosse intercalate da chiazze di cute del colore normale. Le macchie rosse al viso erano incostanti per la sede e la intensità del colorito e notavansi cambiamenti giornalieri. Il termometro nell'orecchio scopriva una temperatura di 1[2-1 cent. maggiore di quella dell'ascella.

In ottobre qualche altro sputo sanguigno. — In novembre ebbesi il vomito e stitichezza ed il colore del volto si fece rosso uniforme; crebbe

la temperatura locale, fuvvi nausea, vomito e stitichezza. Si manifestò poi una tale debolezza dei muscoli della cervice, per cui non era possibile tenere il capo eretto e nell'atto che faceva il paziente per sorreggervelo, metteva la massima circospezione. Tutto ciò rendeva probabile che l'affezione vertebrale risiedesse nella parte più alta del collo, forse nell'atlante e nell'epistrofeo. — L'articolazione della spalla si muoveva con grande stento, per cui il paziente poteva appena avvicinare il cucchiajo alla bocca, stentava oltremodo ad aprire la bocca, non poteva masticare e quindi doveva nutrirsi solo di sostanze liquide. Il dimagramento procedeva notevolmente. Nel febbrajo del 1873 principiarono a manifestarsi delle vespertine esacerbazioni febbrili, indi si accrebbero i fenomeni catarrali del petto, a cui si aggiunse un essudato pleurico destro aggravandosi siffattamente che il 13 di aprile spirò.

Necroscopia. — Tubercoli miliari nel polmone; versamento pleurico destro; tumefatte le glandule bronchiali. Fegato ingrossato, aderente al diaframma; il grande omento rivestito da un essudato di recente data; la sierosa intestinale sparsa di piccole ecchimosi. Perisplene ingrossato. Reni succenturiati atrofici. Reni anemici, la cui sostanza corticale era d'assai ridotta di volume. Nella glissoniana ispessita del fegato furono riscontrati dei nodi tubercolari La cute del dorso ed i muscoli atrofici ed edematosi; i plessi venosi del canal spinale discretamente turgidi; dura madre normale; i vasi delle altre membrane spinali piuttosto turgidi. Alla porzione inferiore dell' incrociamento delle piramidi e precisamente alla parte anteriore del midollo ad amendue i lati della linea mediana si trovarono due focolai di rammollimento. Alcuni millimetri sotto i preaccennati luoghi di rammollimento, immediatamente presso alla fessura anteriore nel cordone anteriore d'ambo i lati si trovò una striscia sottile di tessuto degenerato; il quale procedendo verso la parte posteriore del midollo, incrociava l'altra proveniente dall'altro lato e finiva nella sostanza grigia del midollo nel lato opposto a quello da cui derivava. Innoltrando l'indagine fu veduto che la striscia di tessuto degenerato d'ambo i lati scompariva presso la fessura anteriore e veramente prima quella di destra, poi quella di sinistra. Nei punti dove esisteva il rammollimento nell'incrociamento delle piramidi non esisteva più traccia di tessuto nervoso normale; a sinistra il rammollimento era più esteso che a destra e per conseguenza nei cordoni laterali l'alterazione era maggiore a destra anzi che a sinistra.

Amendue i focolai del rammollimento si avanzano posteriormente sui cordoni laterali, quivi impiccioliscono e finalmente nella parte inferiore dei lombi affatto scompariscono.

La causa di questo rammollimento, come appare dal titolo del lavoro, risultò dalla ispezione della colonna vertebrale, dove, alla parte superiore della stessa era incontrastabilmente ristretto il canale per viziata posizione dell' epistrofeo e dell' atlante. Era il processo odontoideo dell' epistrofeo che manifestamente ingrossato, avea prodotto

una deviazione di tutto il corpo dell'epistrofeo in guisa da inclinarlo posteriormente. Per conseguenza aveva dovuto sensibilmente deviare dalla sua normale posizione. Tutto ciò, secondo l'Autore, sarebbe stato l'effetto di una anomalia nel processo d'ossificazione primitiva delle due prime vertebre, forse come espressione di rachite infantile. — Il caso per altro così spiegato nella sua origine palesa la sua duplice importanza; e per la singolare influenza che può sviluppare lo scheletro sulla nutrizione degli organi nervosi, e perchè, ammesso primitivo il rammollimento nelle piramidi, si dimostra la possibilità dell'alterazione secondaria dei cordoni laterali del midollo. De-G.

Ueber intermittirendes Athmen; del dott. Baas. (Sul respiro intermittente. *Allg. med. Centralzeit.* N. 1, 1875, *Mediz. Neuigk.* N. 8).

L'Autore chiama *respiro intermittente* quella alterazione del ritmo respiratorio noto sotto il nome di *Cheyne Stokes*. Crede utile la sua comunicazione in quanto che non sia ancora largamente studiata la significazione patologica varia del fenomeno, e perchè la propria osservazione è stata fatta in un paziente di appena 8 settimane. — Trattavasi dunque d'una bambina che aveva dei disturbi intestinali con diarrea e vomito. Parve un giorno al medico curante che si manifestasse qualcosa di cerebrale, ma tosto dopo erasi invece assicurato che almeno nei fenomeni intestinali erasi avviato un certo miglioramento. Sospesi però vomito e diarrea, si presentavano davvero dei sintomi di compromissione cerebrale ed allora venne richiesto di consiglio l'Autore. Il quale riscontrò: pallore del volto, la pupilla sinistra midriatica e ptosi palpebrale dello stesso lato; la pupilla destra miotica e le palpebre bene divaricate. Amendue le pupille erano inerti allo stimolo della luce ed assolutamente immobili. La maggiore fontanella tesa e tumida, non vi si palpava nè ascoltava sopra alcun fenomeno pulsatorio. Invece le carotidi pulsavano fortemente.

Piedi, mani, fronte e il capo tutto avevano una temperatura normale; normale era del pari la positura delle estremità, ad eccezione della sinistra inferiore che offriva una certa resistenza ed era flessa sulla articolazione del ginocchio Ventre normale. L'atto del succhiamento e della deglutizione non si possono provocare; il bambino è comatoso. Il polso tardo (96-112); osservando poi il respiro vedevasi il tipo più marcato del respiro intermittente, il quale si mantenne eguale sempre per uno spazio di 5 ore circa, quando finalmente durante una lunga pausa venne mano mano addebolendosi ed assottigliandosi il polso e quindi tacque per sempre. — L'Autore che aveva istituita la diagnosi di *idrocefalo infiammatorio*, dice che il presente caso è importante: 1) perchè finora non si conoscono osservazioni di respiro intermittente nella prima infanzia; 2) perchè l'idrocefalo da cui dipese il fenomeno non è stato sin qui segnalato come causa del medesimo; 3) perchè come nei casi di Traube, era accompagnato dalla abolizione della coscienza; 4) perchè dimostra, che anche la pressione unilaterale del centro respi-

ratorio può produrlo. (Quest' ultimo punto è niente affatto dimostrato dolla storia clinica. — Il Rel.) De-G.

Zur Behandlung der Meningitis Cerebro-spinali; del dott. Dowse. (Intorno alla cura della meningite cerebro-spinale. *Med. Tim. and. Gaz.*, 1875 e *Mediz. Neunigk.* N. 8, 1875).

L'Autore espone le seguenti idee: occorre modificare lo stato dei vasi del midollo spinale e procurare di mettere l'equilibrio nelle attività vaso-motorie. A questo scopo servono la segale cornuta e la belladonna: la prima nella dose di 1[2 dramma ogni 4 ore e la seconda in forma di pomata lungo la colonna vertebrale. — Occorre impedire i vomiti riflessi mediante l'uso di pezzettini di ghiaccio; togliere la stipsi mediante l'aloe, che dilata con beneficio del paziente le vene emorroidali; somministrare il cloralio idrato e il bromuro di potassio oppure applicare esternamente la cicuta per ottenere il sonno; sorvegliare colla massima diligenza la vescica orinaria, la quale è facilmente paralitica e deve essere tenuta costantemente vuota, quindi devesi mantenere in posto la siringa a permanenza; la dieta dev'essere nutriente e stimolante; applicare il chinino in dose elevata quando si pronunciano i sintomi di maggiore collasso. Ciò specialmente ammettesi quando la cute si vede irrorata da abbondante sudore e la temperatura del corpo è 39°-40° C. e il polso piccolo, debole, frequente (più che 120). Non meno importante e forse ancora più importante è l' applicazione del chinino quando si manifestano dei brividi di freddo; se le alte dosi di questo medicamento non sono tollerate dallo stomaco sieno introdotte pel retto. — Le sottrazioni sanguigne non sono mai indicate. De-G.

Die herdeveise Sklerose des cerebralen Nervensystem; del dottor Chvostek. (Le sclerosi disseminate del sistema nervoso cerebrale. *Wien. med. Pres.*, 14 *B.* e *Mediz. Neunigk.*, 12 1875).

Da propri studii l'Autore non è condotto ad importanti novità; ma trattandosi di malattia non ancora completamente illustrata dal lato clinico, hanno un certo valore anche le osservazioni che confermano quelle antecedentemente fatte. — C. dice che i sintomi così vari della malattia rappresentano la varietà dei focolai che esistono nel caso concreto. Ciò malgrado, più tardi almeno tutti i casi si corrispondono per il predominio di qualche sintomo caratteristico, il quale procede poi dalle proprietà del terreno anatomico offeso. Sintomi capitali anche per Chvostek sono i tremori del capo, delle estremità manifestantisi sotto l'impulso volitivo, la vertigine, il nistagmo, la diminuzione del potere visivo, la parola lenta, stentata, interrotta ad ogni sillaba (*skandirende*), l'insieme dei sintomi delle paralisi glosso-faringo-labiale, il decorso afebrile.

Le lesioni della mobilità quanto alla forma e alla estensione hanno nulla di speciale, eccetto il tremore. Lo stesso è delle lesioni della sensibilità. — Quanto al decorso e l' esito della malattia, dalla statistica dell'Autore rilevasi che il successo d'ogni cura è la morte. De-G.

Die klinischen Zeichen von Läsionen im Pons und der Crura Cerebri; del prof. C. Bastian. (I segni clinici delle lesioni del ponte e delle gambe del cervello. *The Lancet*, ottob. 1874, e *Mediz. Neuigk.*, 14 1875).

Le lesioni nella parte centrale del ponte, quando raggiungano una certa estensione, ordiscono sempre l'insieme delle gravi apoplessie — profondo il coma, completa risoluzione di tutte le membra, paralisi delle musculature della faccia, anestesia della congiuntiva, miosi della pupilla, spesso morte rapida in pochi minuti od ore oppure in 1-2 giorni e temperature eccessive (fino a 43°). — Se è scarsa la diffusione della lesione nel centro del ponte, possono gli ammalati dopo qualche tempo di coma riavere la coscienza; tuttavia anche in questi casi si verificano paralisi estese sui due lati del corpo e così pure la sensibilità si altera in uno e più membra. La diagnosi torna facile e sicura se vi è contemporanea paralisi del facciale, alterazione o paralisi dei muscoli della deglutizione, alterazioni della loquela, ovvero la assoluta incapacità di parlare.

La lesione della metà inferiore del ponte da sintoma caratteristico delle paralisi alterne. Questa lesione può essere accompagnata da fenomeni apoplettici od epilettiformi; oppure i suoi sintomi si manifestano a poco a poco senza perdita della coscienza e senza convulsioni; la temperatura degli arti paralitici può elevarsi anche per 2° C. oltre la norma.

La lesione unilaterale destra superiore del ponte produce paralisi del volto e delle estremità del medesimo lato; quivi la lesione colpisce il facciale prima del suo incrociamento. Sempre del resto la paralisi del facciale nelle malattie del ponte è fortemente pronunciata ed associata al diffetto di azione delle musculature che effettuano la deglutizione e l'articolazione della parola.

Le alterazioni della sensibilità tanto più pronunciate quanto più il focolajo morboso si avvicina ai ventricoli cerebrali; sono anche più durature e gravi di quelle che veggonsi nelle altre forme di emiplegia cerebrale. — Talvolta si trova una iperestesia unilaterale in luogo dell'abituale anestesia, il senso subjettivo di caldo o l'obbiettivo perfrigeramento delle parti, alterazioni nel dominio del trigemino, unilaterale diminuzione del gusto, paresi dei massetteri, dei temporali, ecc. — È sorprendente constatare nell'ammalato un'alterazione della voce, un pianto, un ridere senza saperne trovare il momento causale.

Come effetto della lesione del III o IV ventricolo in alcuni casi si ha il diabete, la poliuria o l'albuminuria.

La lesione della gamba del cervello offre in alcuni casi un sintomo o meglio, una espressione clinica assai caratteristica quando colpisca la parte interna ed inferiore: paralisi dell'oculo-motore della parte della lesione, paralisi delle estremità al lato opposto: l'articolazione s'altera solo in debolissimo grado, la deglutizione non è alterata, debolissima la paralisi del facciale nel lato delle paralisi delle estremità; la sensibilità delle parti paralizzate alquanto depressa e negli arti stessi la temperatura elevata di circa 1°-1,5° C.

Le lesioni nel talamo ottico o molto accanto al talamo ottico si distinguono da quelle che tengono eguali rapporti col corpo striato perchè le prime danno più pronunciate paralisi e specialmente quella del facciale e spesso si stabiliscono dei crampi clonici o tonici nei muscoli paralizzati. La differenza della temperatura nei muscoli paralizzati rispetto a quella dei non paralizzati è ragguardevole, perchè il talamo ottico influisce maggiormente sopra i centri vaso-motori collocati nel ponte. (? — il Rel.) Mancano invece le alterazioni afasiche assai soventi. Spesso però si combinano le lesioni del talamo ottico con quelle del corpo striato, ed allora l'espressione clinica è mista.

Le emorragie nel talamo ottico o nel corpo striato con eruzione del sangue nel ventricolo medio, sono caratterizzate dal coma profondo, da paralisi delle estremità e dilatazione delle pupille; fenomeni che si manifestano addirittura nel principio dalla malattia, oppure a poco a poco nel decorso ulteriore. — L'emorragia nel ventricolo si effettua sempre con abbassamento della temperatura (35,6° C.) che dopo alcune ore si ripristina. Tuttavia la morte avviene fra 3 giorni quando hanno luogo simili accidenti. La stessa emorragia è pure accompagnata talvolta da crampi tonici e clonici e da deviazione dei bulbi verso il lato in cui esiste la lesione cerebrale; il tocco della congiuntiva e della cornea della parte illesa del cervello non offre alcun movimento riflesso. — Le emorragie nel ponte di Varolio, che a principio sono voluminose o più tardi si estendono, possono produrre l'eguale treno di sintomi, solo le pupille allora sono miotiche ed immobili, mancano i crampi tonici più frequentemente che quando l'emorragia trovasi nel ventricolo medio del cervello. — Le lesioni nell'anteriore, mediana e posteriore parte dei grandi emisferi, non si possono tra loro distinguere; qualche volta trovasi qualche tratto differenziale: p. es., la lesione del lobo anteriore cerebrale porta una alterazione dell'olfato nel lato opposto a quello delle paralisi; certe alterazioni afasiche s'incontrano se la lesione ha sede nella parte posteriore del lobo frontale sinistro.

I corpi quadrigemini sono come è noto irrorati dal sangue dell'arteria cerebrale posteriore; quindi una embolia di questa può produrre una conseguente lesione della parte posteriore dei grandi emisferi cerebrali combinata colla cecità dell'occhio che sta nel lato delle paralisi. Sembrano le alterazioni delle parti posteriori, capaci di produrre danni nella intelligenza assai più che quelle delle parti anteriori.

Le lesioni limitate alla grigia sostanza corticale producono sintomi che variano a seconda della località. Quando sono coinvolte nel processo le meningi, i pazienti lamentano un'atroce cefalea; in principio vi sarà anche abolizione della coscienza e delirio e più tardi riduzione delle facoltà mentali e stupore. Nell'acuta malattia della sostanza corticale si presentano anche convulsioni, non però così di frequente come le ultime ricerche sperimentali di Ferrier e di Hitzig lasciano supporre. Spesso mancano le dichiarate paralisi ed evvi invece una generale de-

bolezza ed incertezza dell'incedere. Per la lesione della 3.ª circonvoluzione cerebrale di sinistra si ha l' afasia. Altri fenomeni constatabili sono: alterazioni della sensibilità in grado modico, per lo più anestesia, di rado iperestesia, di rado accidentali cambiamenti della temperatura nelle parti che corrispondono alle lesioni cerebrali. De-G.

Klinische Beiträge zur Lehere von den oberflächlichen affectionen des Hirns beim Menschen; di M. Bernhardt. (Contribuzione clinica alla dottrina delle affezioni periferiche del cervello nell'uomo. *Arch. f. Psych. u. Nervenkranheit.* IV e *Centralb.*, 8, 1875).

L'Autore comunica 4 casi di lesione della corteccia cerebrale. Nella prima colla paresi delle sinistre estremità, specialmente della superiore, eranvi crampi in diversi muscoli della metà destra del corpo; più tardi si manifestò l'assenza della coscienza ed alterazioni mentali. L' autossia scoprì una neoproduzione tubercolosa che occupava specialmente la parte superiore, laterale, mediana della circonvoluzione posteriore da cui procedevano i sintomi notati in vita, mentre un'analoga produzione venne riscontrata nel destro corpo striato che decorse senza sintomi. — Nel secondo caso incomincia la malattia improvvisa con crescente debolezza del braccio sinistro; alcune settimane dopo sopraggiungono convulsioni nel medesimo, e poi più tardi convulsioni nel braccio sinistro e nei muscoli della metà corrispondente del volto. Come causa di questi sintomi venne trovato un tumore che occupava la parte laterale della circonvoluzione del vertice, da cui estendavasi al lobo corrispondente. — Il terzo caso caratterizzato da paralisi nella mano sinistra, che migliorò a poco a poco, incontrò la morte improvvisa, ed inaspettata. Di questi sintomi era causa un aneurisma che risiedeva al punto di unione dell'inferiore circonvoluzione temporale coi lobi radicali della parte destra. L'aneurisma erasi rotto e l'Autore lo ritiene causa della forma clinica constata in vita, mentre contesta che siano stati prodotti da piccoli e numerosi focolaj di rammollimento che coesistevano nel destro centro del Vieussens. — Nel quarto caso ebbesi paresi della destra metà del corpo e si trovò iperemia dei lobi frontale e mediano di sinistra, probabilmente successiva a numerosi focolaj embolici prodotti da endocardite; inoltre si trovò il lobulo sopramarginale affatto alterato nella sua struttura. L'Autore riguardando alle lesioni riscontrate nella regione del vertice cerebrale, ricordando casi analoghi pubblicati dal 1870 in poi ed altri che osservò prima di questo tempo (che confesso di non avere allora giudicato rettamente) discute la possibilità della diagnosi di sede della lesione fondata sopra la specialità dei sintomi. Presentemente è impossibile poter mettere in rapporto nell' uomo certi gruppi muscolari con determinati punti della corteccia cerebrale. Come negli animali assoggettati all'esperimento si osservano dietro stimolazioni mediocri di certi punti della corteccia cerebrale proporzionate reazioni muscolari, e reazioni estese esagerate dietro stimolazioni forti, perchè si diffonde lo stimolo oltre il dominio di applicazione del medesimo; così avviene nel-

l'uomo per gli stimoli patologici. E come questi in generale si ponno riguardare più energici, così è chiaro che i fenomeni di crampo muscolare assai raramente si possono circoscrivere sopra dati gruppi muscolari. — Da queste considerazioni l'Autore è tratto alla conclusione, che per la diagnosi delle affezioni periferiche cerebrali nell'uomo sono caratteristiche non le convulsioni generali ma quelli stati di spasmo muscolare, che incominciano in alcuni determinati gruppi muscolari, che si presentano i primi quando esistano formali accessi epilettici, lasciando nei muscoli, se non la completa paralisi, una notevole debolezza. Una localizzazione sicura della lesione sulla corteccia cerebrale è per ora impossibile, occorrono per ciò altre osservazioni. Tuttavia si può già ammettere se la lesione esiste alla parte anteriore o posteriore delle circonvoluzioni centrali; fors'anco nel cominciamento dell'accesso convulsionario, badando quali sono i muscoli primamente colpiti nella bocca e nella lingua (massime se contemporaneamente esiste l'afasia) si può stabilire la sede della lesione nel dominio della terza circonvoluzione frontale all'estremo inferiore delle circonvoluzioni centrali. — L' Autore riporta altresì alcuni altri casi che ponno considerarsi come esempii di stati morbosi nell'uomo analoghi ai sopracitati e come esempii delle alterazioni del senso muscolare, che osservasi negli animali in cui si abbiano lesi certi centri della corteccia cerebrale; fu particolare menzione d'un caso di afasia senza alcuna paralisi facciale nè delle estremità, e prende occasione di ricordare alcuni casi di afasia e spiegarli mediante l'alterata coordinazione dei muscoli necessarii alla loquela. De-G.

Zur Aetiologie des Typhus; del prof. Rothmund. (Sulla eziologia del tifo. *Aertzel. Intelligenz. Blatt. febr.* 1875, e *Mediz. Neunigk.* 14).

Il tifo addominale secondo la definizione di Gietl è un'affezione putrida, specifica, un'acuta malattia del sangue con particolare compartecipazione degli organi emopoeici e di tutto il sistema delle glandole, con iperplasia, ulcerazione e mortificazione nella mucosa intestinale con ingrossamento della milza e cambiamenti patologici in differenti organi e tessuti di differente intensità ed estensione. Il tifo esplica dunque la sua influenza sul sangue, sull'apparato linfatico ed intestinale. — Gli escrementi dei tifosi trasportano i germi della malattia. — I prodotti della decomposizione putrida richiamano la nostra particolare osservazione. — Il primo momento del tifo deve essere considerato come un processo putrido sia esso prodotto mercè la influenza di emanazioni putride (gas dal suolo e delle latrine), sia esso determinato da sostanze putride inquinanti le acque potabili o le sostanze alimentari. — Il tifo in determinate circostanze può manifestare il carattere miasmatico-contagioso e può diffondersi endemicamente ed epidemicamente. — Non si può negare che insorga anche spontaneamente. — Il tifo, secondo Lindwuren può colpire lo stesso individuo più volte, secondo Pfeufer invece è assai raro l'ammalarne una seconda volta. — Cause generali meno frequenti delle cause locali danno origine al tifo. — Sarebbe oltremodo desiderabile

che colla civiltà si diffondessero le istruzioni per impedire radicalmente questa malattia, impedendo specialmente che gli escrementi stessero lungamente nelle fogne e meglio provvedendo alla costruzione dei cimiteri. De-G.

Die Contractilität der Milz und die Behzieung der Infectionsprocesse zur Milz, Leber den Nieren und dem Herzen; del prof. S. Botkin. (La contrattilità della milza e i rapporti fra i processi di infezione e la milza, il fegato, i reni, ed il cuore. Berlin, 1874).

S. Botkin osservò ripetutamente la diminuzione del tumore splenico dopo l'applicazione di una corrente indotta sulla regione splenica; osservò pure che diminuiva anche il volume delle tumefatte glandole linfatiche, sia nella cachessia da malaria, sia per acuto processo d'infezione.

La diminuzione di volume della milza così ottenuta ora si manteneva finchè agiva la corrente (1), ora invece durava più lungamente ed anche un giorno. Osservò altresì che mentre diminuiva la milza ingrossava il fegato, perchè una grande quantità di sangue che usciva dalla milza entrava nel sistema della porta e quindi nel fegato. Le forti impressioni morali, la percussione profonda sulla regione splenica e il palpeggiamento produssero, secondo l'Autore, analoghi effetti che l'elettricità sugli ammalati da lui esaminati.

Tutti questi cambiamenti della milza si spiegano in parte mercè la fuoruscita del sangue dal tessuto splenico ed in parte mercè la contrazione del tessuto medesimo.

Un altro fatto importantissimo notato dall' Autore (già fatto conoscere da Bogomoloff pubblicando due casi di leucemia dalla Clinica di Botkin) si è che dopo l'applicazione della elettricità aumentavano i globuli bianchi del sangue, ciò che deve essere attribuito all' ingresso nel torrente della circolazione di una maggiore quantità di elementi linfatici della milza. Quest'ultimo fatto, non che il miglioramento dello stato generale conseguito nei due leucemici colla faradizzazione della milza, dimostrano che l'aumento dei corpuscoli bianchi nel sangue può significare un'alterazione della nutrizione. — Botkin pensa che alle dannose conseguenze del tumore splenico appartengano l' aumento del ristagno sanguigno, non che il progressivo deperimento dei corpuscoli rossi e quindi spera, che la elettricità possa essere utilmente applicata anche sopra i tumori splenici insorti per acuta infezione.

La tumefazione della milza nelle malattie infettive dipende, parte da processi iperplastici, parte, e specialmente quando rapidamente si produce, dalla affluenza del sangue. Nei differenti processi l' uno o l' altro momento è maggiormente attivo ed anche in un altro o nel medesimo

(1) In alcuni casi l'applicazione degli elettrodi sulla regione splenica determina la contrazione dei muscoli obliqui dell'addomine in modo che è reso assai difficile il palpeggiamento della milza ed anche impossibile. In questo caso non puossi giudicare della riduzione di volume dell'organo se non allontanando l'elettrode.

processo morboso, per es., nella *febris recurrens*. Nel primo presentarsi di questa malattia in S. Petersburg (già sono 9 anni) il tumore splenico aveva una considerevole grossezza e durezza che non si riscontrò nell'ultima epidemia. E dopo la epidemia della *febris recurrens* presentandosi la tifoide le caratteristiche del tumore splenico erano cambiate, si avvicinavano molto a quella della *febris recurrens*, perchè se domina in una località una malattia epidemica, la maggior parte dell'altre malattie ne rappresentano alcune note essenziali, tanto anatomicamente, quanto clinicamente. Infatti anche i sintomi della tifoide accennavano ad una miscela con quelli della febbre ricorrente. E non solo la tifoide, ma anche altre malattie locali, come sarebbero le tonsillite, il reumatismo articolare, la pericardite, l'endocardite, l'influenza, l'infiammazione dei polmoni, e della pleura, e l'acuto catarro intestinale. Come la febbre ricorrente anche il colera esercitò la medesima influenza; per cui nella diagnosi delle malattie comuni si incontra spesso molte difficoltà.

I cambiamenti morbosi che si trovano negli organi durante una epidemia sono spesse volte il punto di partenza di malattie croniche, per es., nel fegato, nella milza, nei reni. A principio possono essere compensate le anomalie di circolo e di funzioni negli organi e per conseguenza non si hanno corrispondenti sintomi. Forse anche la leucemia può derivare dal tumore splenico cagionato da differenti processi infettivi acuti e cronici; come pure alcune croniche degenerazioni adipose del cuore possono procedere da un'acuta malattia infettiva. Nel maggior numero dei casi di morbi infettivi osservati dall'Autore il fegato, la milza, i reni ed il cuore offrivano segni clinici di alterazione nutritiva incontestabile anche dopo la convalescenza e per più lungo tempo ancora. De-G

Sopra un caso di polmonite suppurante curata coll'acido fenico e l'olio essenziale di trementina; pel dott. Angelo Cianciosi. (*Indipendente*, N. 4, 1875).

Si tratta di una pneumonite traumatica destra, in seguito a ferita da punta al costato corrispondente, e propriamente nel 5.° spazio intercostale, ferita che verso il 9.° mese andò cicatrizzando, ma mano mano che il pus andava raccogliendosi nel cavo pleurico, la ferita si riapriva per darne esito. Verso la metà del febbraio 1872 la marcia cominciò ad uscire continuamente e con essa ricomparvero l'affanno di respiro e la tosse, accompagnata da escreato purulento abbondante, febbre con brividi esacerbantesi nelle ore vespertine, diarrea, deperimento generale progressivo. Nell'aprile dello stesso anno l'autore vedeva appunto per la prima volta il paziente ed esplorata la ferita, dalla quale usciva pus disciolto e commisto a bolle di aria, constatò ch'era veramente penetrante e dopo un attento esame fisico venne al diagnostico di una *pueumonite suppurante destra con pio-pneumo-torace*, consecutiva alla polmonia traumatica, con versamento di sangue nella cavità pleurica destra e che

si riacutizzò in seguito a strapazzi corporali sostenuti dal paziente allorquando lasciò l'ospitale per restituirsi al suo domicilio, credendosi guarito. Dopo l'esame del paziente era uopo pensare prontamente alla cura che veniva diretta a migliorare le condizioni generali ed a vincere il processo locale. Soppressa la diarrea col decotto di radice di colombo e le polveri del Dower e moderata la tosse colla morfina, l'autore fece ricorso all'acido fenico (50 centigrammi) nel decotto di china (gr. 200) ed ai tonici ricostituenti, usando anche del primo per iniezione nel cavo pleurico, previa dilatazione della ferita colla spugna preparata. A capo di un mese circa il paziente migliorò sensibilmente e col cadere della febbre diminuì l'escreato ed anche il pus che usciva della ferita; memore allora dei buoni risultati che nelle affezioni croniche degli organi del respiro si erano ottenuti dai balsamici-resinosi nella Clinica del professore Tommasi, associò al trattamento curativo sopra esposto l'olio essenziale di trementina tanto per inalazione come per uso interno, e coll'aggiunta delle cartine di acido tannico e benzoico, dopo una quindicina di giorni ottenne la guarigione completa.

L'autore nel concludere che la guarigione è da attribuire all'azione combinata dell'acido fenico colla trementina si domanda se poi l'esito felice è da attribuirsi unicamente a quest'ultima o all'uso continuato del primo. Senza poter dare una soluzione a lui soddisfacente crede che l'acido fenico fu da solo impotente, e per la tenuità della dose e per il fatto che i morbi cronici degli organi respiratori, in un certo stadio, si avvantaggiano meglio dai balsamici per l'azione elettiva che questi spiegano sui medesimi. P.

Brevi osservazioni sulla terapia della difterite e specialmente sull'uso dell'idrato di cloralio; pel dott. Domenico Barduzzi. (*Indipendente*. Marzo, 1875.

Nella cura della difterite bisogna aver di mira la natura della malattia, l'andamento, le complicazioni e le successioni morbose. Per riguardo al primo punto è oramai ammessa la fatale malattia tra le epidemico-contagiose, donde isolamento, aereazione perfetta dei locali, alimentazione corroborante ma liquida, trattamento tonico e ricostituente nella convalescenza per ovviare alla anemia, alle paralisi e specialmente per riparare alle affezioni cardiache.

Nel decorso della malattia è uopo soddisfare alla cura locale ed alla generale; lo scopo al quale tende la cura locale è quello di sedare il processo flogistico, limitare la necrosi, ajutare la dissoluzione e l'eliminazione delle parti alterate, vincere la potenza infettante.

Di qui l'uso del ghiaccio o dell'acqua gelata, dei caustici (sebbene ora caduti in disuso), della tintura jodica, e delle inalazioni dei vapori jodici specialmente in Inghilterra; di qui l'acqua di calce, l'idrato di soda, l'acido lattico, l'allume, lo zolfo, il tannino. A combattere la potenza infettante si sperimentarono l'acido fenico, e questo col miglior profitto, l'acqua di cloro, il liquore di Labarraque, il permanganato di

potassa, l' iposolfito di soda, il clorato di potassa o di soda, i quali due ultimi godono ancora e giustamente la fiducia dei più.

L' autore sostituì nella sua pratica all' acido fenico il cloralio idrato poichè in seguito alle sue applicazioni che si fecero recentemente in Francia ed in Italia si convinse essere superiore a quello non solo per le sue proprietà antisettiche, ma anche perchè astringente, leggermente caustico all' uopo ed eziandio anestetico locale.

Con notevolissimo vantaggio ne fece uso in dieci casi di angina difterica coronati da felice successo: eseguì, cioè, al primo manifestarsi delle placche le pennellature ogni quattro ore di una soluzione di 3 grammi di idrato di cloralio in 60 grammi di acqua distillata e preferisce *gargarismi di clorato di potassa e borato di soda* frequentissimi; l' autore aspetta giustamente che ulteriori osservazioni confermino al cloralio la sua proprietà antidifterica.

Per riguardo alla cura generale, che deve essere tonica, è giustamente abbandonato il calomelano: del chinino da alcuni si abusa nella dose, e infatti è notato dalla maggioranza come le alte dosi di esso favoriscono la paralisi cardiaca, che è la causa di tante morti repentine nel decorso della terribile malattia. Il percloruro di ferro è al certo un rimedio da accettarsi massime nelle forme adinamiche con tendenza alle emorragie ed ai trasudamenti sanguigni. Gli stimolanti diffusivi, i tonici sono l' arma migliore contro la gravezza del male, e specialmente gli alcoolici.

Finalmente per riguardo alle varie complicanze è riprovevole il troppo facile uso degli emetici appena si manifesti qualche segno di propagazione di difterismo alla laringe, essendo che per sè stessi agiscono come deprimenti: se ne faccia un parco uso e si tentino invece più sollecitamente le polverizzazioni di acqua di calce o jodata. Anche qui, come chiusa, si parla della tracheotomia: la pratica lo ha pur dimostrata dannosa ed in vero troppo presto si arriva alla grave intossicazione per poter scegliere il momento opportuno per la stessa. P.

Caso di rottura della milza; pel dott. Francesco Fornara. (*Indipendente*, N. 15; 1875).

È una donna dell' età di circa 45 anni che nell' estate scorso ebbe molto a soffrire di febbri intermittenti, e che nell' atto di scendere da una scala cadde dall' altezza di 10 o 12 gradini andando a battere la testa e la parte superiore del petto sopra un mucchio di neve e il rimanente del corpo contro il ciottolato. Trasportata sul suo letto al momento della visita avea l' occhio smarrito, la fronte coperta da freddo sudore, la faccia e le labbra cianotiche, i lineamenti contratti, e smaniando per atroci dolori teneva serrate le mani contro le pareti del ventre. Esaminata alla meglio la paziente, eliminato ogni dubbio di frattura, constatato che alla pressione dell'ipocondrio sinistro, i dolori atrocemente esacerbavano, avvisato del fatto che poche goccie di una mi-

stura eccitante amministrate per bocca strapparono alla infelice grida strazianti di dolore, l'autore venne nel sospetto di qualche probabile crepatura viscerale. Dopo mezz'ora la morte pose fine a tanti patimenti e l'autossia dimostrò raccolta di sangue nel cavo peritoneale, peritoneo arborescente e verso l'ipocondrio sinistro ecchimotico, stomaco disteso da raccolta abbondante di alimenti, ipertrofia del lobo sinistro del fegato, milza nel suo terzo superiore tutta spappolata, immersa in una pozzanghera di sangue, la parte inferiore di questi organi, meno offesa, ne rivelava palesemente la ipertrofia. Mettendo ora in rapporto questi risultati colla caduta, evidentemente « la testa e la parte superiore del corpo ebbero smorzato il colpo dal mucchio di neve contro cui andarono a battere, mentre l'ipocondrio sinistro urtò contro i ciottoli più o meno sporgenti del sentiero sottostante. Avendo per la loro elasticità ceduto i tegumenti esterni, tutta la forza dell'urto andò ad esaurirsi invece sulla milza, la quale, oltre all'essere affetta da ipertrofia, non potendo distendersi dalla parte opposta alla direzione del colpo per l'ostacolo che incontrava sia nella colonna vertebrale che nelle pareti dello stomaco rigonfio da raccolta di materie alimentari e rafforzata dal voluminoso lobo sinistro del fegato, necessariamente dovette rompersi o spappolarsi. » Di qui lo stravaso sanguigno nel peritoneo e la peritonite peracuta, i vivi dolori e la raplda fine. Sarebbe infine per l'autore questo uno dei rari casi di crepatura della milza, ed un quesito abbastanza importante per una conclusione medico-legale. P.

Empiema sinistro in individuo affetto da infezione palustre, toracentesi, guarigione; pel dott. Spiaggia. (*Gazzetta Clinica di Palermo*).

Si tratta di un essudato pleuritico sinistro che nel decorso di un mese andò all'empiema in un individuo già antecedentemente affetto da febbre palustre ribelle anche al trattamento coi chinacei. Praticata la toracentesi nell'8° spazio intercostale sulla linea ascellare posteriore ne uscirono 4 litri di pus giallo verdastro, non puzzolento. Chiusa la ferita con cerotto si constatò il ritorno del cuore al suo posto ed il mormorio vescicolare fino alla metà della scapola e così lasciò campo a buone speranze: senonchè dopo 12 giorni di alternativa fra i miglioramenti ed i peggioramenti andò sempre deteriorando, tantochè il versamento si rifece completamente, mantenendosi la febbre discreta al mattino ben più forte alla sera, con polsi piccoli e frequenti e grave ambascia di respiro. Passò allora, al medesimo posto della prima volta, ad una seconda toracentesi, e cavati 850 cent. cubici di pus, iniettò per la ferita in una volta 80 gr. di una soluzione, fatta colla miscela di 50 grammi di tintura satura alcoolica di iodio, due grammi di ioduro potassico, 100 di acqua distillata, e 110 di acqua distillata tiepida all'atto della iniezione intratoracica. Fatte prendere diverse posizioni al paziente onde la soluzione andasse a contatto dell'intiera superficie pleurica, addattato alla cannula del trequarti la stessa siringa di gomma elastica che avea servito per la iniezione, aperto il rubinetto, vennero aspirati in tre

volte 270 centim. cubici di pus misto alla soluzione jodica senza che aria penetrasse nella cavità; e la ferita fu medicata con cerotto adesivo. Nei primi otto giorni da questa seconda operazione il paziente rimase abbastanza tranquillo, con remissioni mattutine della febbre ed esacerbazioni vespertine, seguite quasi sempre da sudori notturni, tosse modica, scarso escreato, diarrea; il mormorio vescicolare era debole ma tuttavia manifesto, il torace più depresso nella sua parte anteriore di quello che nella posteriore. Dieciotto giorni dopo le condizioni del malato non variarono di molto da queste, ma la febbre fu meno intensa e la nutrizione generale andò di un poco migliorando, restando tuttavia completamente ottusa la parete posteriore sinistra del torace: tuttavia dopo 20 giorni ancora di degenza nella clinica volle ritornare all'aria nativa. Quarantacinque giorni dopo però egli facea ritorno alla clinica poichè dopo alcuni giorni di vero benessere era ritornata la dispnea, la febbre e la prostrazione delle forze. Il torace sinistro era più dilatato del destro, scomparsi gli spazi intercostali e la punta del cuore battea nella linea parasternale sinistra: l'ottusità era completa dall'apice alla base, mancanza di fremito pettorale, completo silenzio respiratorio, e solo nella fossa sopraspinata si avvertiva posteriormente debole la respirazione: febbre a 39,5 al mattino, a 40 alla sera. All'indomani l'autore praticò una incisione lunga 7 cent. e profonda fino alla pleura parietale sull'ottavo spazio intercostale nella linea ascellare posteriore: forata la pleura con un comune tre quarti da idrocele uscirono per esso nello spazio di un'ora circa due litri di pus cremoso gialliccio, inodoro, e iniettati 250 gr. di soluzione di tintura alcoolica di iodio iodurata, come la precedente, dopo aver fatto prendere al paziente svariate posizioni, introdusse per la ferita un tubo a drenaggio, che a mezzo di cordoncino di seta o di taffetà adesivo assicurò ai bordi della ferita, cui appose una medicatura di Lister. Dal tubo uscì molto pus e venne iniettata di poi nella pleura a diverse riprese una soluzione (1|2 per 100) di permanganato di potassa; due giorni dopo il paziente era completamente apiretico e così si mantenne per 14 giorni, iniettando due volte al giorno la suddetta soluzione di permanganato. Il giorno dopo ritorna la febbre a brividi, ed egli forzando il seno fistoloso che il giorno prima si era chiuso per caduta del tubo, rientrò nuovamente collo stesso e colarono 300 grammi di pus; iniettò allora dell'acqua fenizzata (2 per 100) e tal medicazione andò ripetendola in seguito due volte al giorno. Con ciò ritorna l'apiressia, la quantità di pus che cola dal tubo va giornalmente diminuendo, la nutrizione generale migliora, le forze si ristorano, si ristabiliscono le condizioni normali del torace e dopo 8 mesi il paziente lascia l'ospedale portando una piccola fistola toracica, nella quale entra un tubo a drenaggio per 4 centimetri. Un mese dopo la fistola è completamente chiusa, il torace sinistro funziona come il destro, il cuore è leggermente spostato a destra, la nutrizione ottima; 6 mesi dopo finalmente il paziente è un vigoroso contadino che ha felicemente sopportato tutte le fatiche della vendemmia.

L'autore passa ad alcune considerazioni riguardo allo spostamento del cuore, al metodo di cura, e alla guaribilità del caso; ammette pel primo punto che ben difficilmente la punta del cuore subisce spostamento a destra, mentre lo subisce il resto dell'organo — ascrive alla larga incisione, al facile deflusso della marcia e alla medicazione topica antisettica l'esito felice del caso, favorito altresì dalla recenza dell' essudato.

P.

I morbi dell'aorta, le conseguenze sul cuore e l'origine di alcuni segni fisici; del prof. Cesare Federici. (*Rivista Clin. di Bologna.* N. 2 e 3, 1875).

La memoria è divisa in cinque parti che si succedono nell' ordine seguente: ateromasia dell' aorta e ipertrofia di cuore — frequenza del polso — segni principali della ateromasia dell' aorta — aneurismi dell'aorta — restringimento dell'aorta — ciascuna parte poi contiene storie cliniche o tracciati sfigmografici di molta importanza.

1.° *Ateromasia dell' aorta e ipertrofia di cuore.*

Per legge meccanica il cuore può diventare più voluminoso del normale, costituendo la così detta *ipertrofia compensativa*, di qui alcuni autori credono che l' ateromasia dell'aorta dia origine direttamente alla ipertrofia del ventricolo sinistro. Senonchè da anni l' autore si è convinto che questa ipertrofia il più spesso manca, e mentre prima ne giudicava l' assenza dipendente dal fatto che l' ateroma è malattia della vecchiaja e quindi non v' era tempo a svolgersi nell' organismo, o non si svolgeva per la scarsa attività nutritizia che rimaneva al cuore, ora non crede più alla sua ipotesi poichè in ogni caso non dovrebbe mancare la dilatazione passiva. Narra due storie, da una delle quali si rileva che l' ipertrofia del cuore non solo non è necessaria conseguenza dell' ateromasia dell'aorta, ma neppure della calcificazione della stessa; dall'altra poi risulta come l'ateromasia possa andar scompagnata dall'ingrandimento del cuore, e che solamente da certe speciali circostanze di sede del processo morboso piglia origine il vizio cardiaco. Coloro i quali nella distribuzione dell'onda sanguigna tengono calcolo della elasticità delle arterie, imputano alla sua assenza come nell'alterazione senile delle stesse, una causa di ostacolo al cuore, che avendo così rese penose le sue contrazioni deve cadere in ipertrofia, come se si trattasse di un restringimento aortico.

Tale è l'opinione di Marey, di Andral ed altri, ma il primo rammentando l' avvertenza di Berard che « la forza elastica, la quale spinge il sangue nel momento di riposo, non è se non la restituzione di una forza imprestata dell' azione del cuore », riconosce egli stesso che l'elasticità non aggiunge forza, ma scema le resistenze incontrate dal sangue nel distribuirsi alla periferia. Ora, soggiunge l'Autore, nella ateromasia si può asserire che la dilatazione delle grosse arterie sta in proporzione della perdita di elasticità che han fatto pel processo che le ha invase; di qui se la distribuzione del sangue alla periferia non ri-

chiede maggior lavoro da parte del cuore, poichè i 180 gr. di sangue che ad ogni sistole escono dall' orificio aortico trovano il lume dell'arteria ateromasica tanto ampio quanto lo sarebbe se avesse ancora la sua elasticità per la sua immunità dal processo morboso, ne viene che la pretesa ipertrofia di cuore sarà l'eccezione e non la regola. D'altra parte invece l'ipertrofia di cuore per alterazioni arteriose si riscontra quando nel processo ateromatoso sieno comprese le valvole aortiche e l'orifizio, o quando il processo siasi diffuso a molte arterie periferiche, o fin da principio più ai piccoli che ai grossi tronchi arteriosi. L'Autore conclude col Foerster che gli effetti del processo ateromatoso nelle arterie sono, in principio rigidità delle pareti dei vasi e piccola dilatazione, più tardi forte dilatazione dei grandi tronchi e impicciolimento del lume dei minori, stretture e chiusure di sbocchi, aneurismi, ecc. Finalmente da parecchi anni l'Autore ha osservato, ciò che il dotto Salomone ha già pubblicato, che nei malati di febbre miasmatica, assai spesso vi ha ritardo fra la pulsazione di un' arteria periferica e la sistole cardiaca; pensa che in tali casi la infezione induca tali variazioni fisiche nelle pareti vasali da privarle temporaneamente e in parte della loro elasticità, riducendole così alle condizioni dell'arteria ateromatosa. Questo supposto sarebbe convalidato da Concato e Friedreich che in alcune cachessie palustri videro la pulsazione delle jugulari, a loro comunicata dall' aorta dilatata.

2.° *Frequenza del polso.* — L'Autore rammenta parecchi casi di polso assai tardo. (24-30 al minuto primo) in soggetti ateromatosi, senza gravi fenomeni nè di ambascia, nè di locomozione. Se alcuno però credesse che in questi casi la tardità del polso non dipendesse tutta da ragione fisica, ma implicasse la possibile irritazione dei nervi così detti moderatori, loro arrecata dai vasi dilatati e induriti, potrebbe richiamare le esperienze del Concato su ammalati ateromatosi, già pubblicate; strofinando cioè colle dita la parte sinistra del collo, in corrispondenza al corso della carotide e del 10.°, si viene a produrre tale rarità di polso da indurre in un paziente il deliquio, e in un altro convulsioni epilettoidi, probabilmente da anemia cerebrale. Ricordate le opinioni di Czermak e di Traube sulla rarità del polso, egli crede pur sempre si addatti meglio la sua, essere cioè l'effetto della irritazione dell'arteria ammalata sui nervi così detti moderatori dell'azione del cuore.

3.° *Segni principali dell'ateromasia aortica.* — L'Autore non tiene calcolo, come si è detto, della ipertrofia di cuore, nè dell'aumento del diametro del fascio vascolare (Bamberger e Peters), poichè molto difficile a determinarsi con esattezza; lo stato delle arterie periferiche palpabili può dare un indizio della ateromasia aortica ma non la sicurezza, perchè le prime ponno essere dure e tortuose e la seconda immune o viceversa. Ad ogni modo questo esame è interessantissimo ed inobbliabile per avere un'idea del modo con cui il sangue si distribuisce e quindi anche della nutrizione degli organi. Esclusi l'aneurisma e l'infezione mia-

smatica, il ritardo del polso è il principal fenomeno di questa infermità, dipendente, secondo l'Autore, solo dalle mutate condizioni fisiche delle arterie e non dalla scemata energia cardiaca come vorrebbe Niemeyer ed Oppolzer. Questi due ultimi con Bamberger e Jaccoud annotano fra i segni fisici oltre ad un rumore di soffio sull'origine dell'aorta o ad un tono oscuro sistolico, un tono anche molto chiaro, quasi metallico o squillante, prodotto dalla chiusura delle semilunari. Il soffio è prodotto dalle scabrezze dell'arteria, l'accentuazione del secondo tono origina dalle stesse, poichè rinforzano il rumore di chiusura della valvola.

Anche la qualità dei polsi guida alla diagnosi della ateromasia, duri e vibrati al tatto e danti allo sfigmografo una curva che riproduce all'incirca quella che si ottiene direttamente dal cuore, cioè linea ascendente quasi verticale, sommità molto sviluppata, linea discendente con o senza dicrotismo ma rapidamente inclinata per il rapido venir meno della tensione vascolare.

A malattia avanzata il sonno è interrotto per minaccia di soffocazione, ambascia di respiro, refrigerio dell'aria pura e dei spiritosi, incapacità al lavoro, cefalea, cianosi della faccia, edemi alle estremità, orine scarse, concentrate, talora albuminose: le emorragie, i rammollimenti cerebrali, l'angina pectoris chiudono però quasi sempre la scena, prima che i pazienti arrivino allo stato suddetto, che è facilmente spiegato quando si pensi che l'azione del cuore è soprafatta dalle resistenze create dal sangue che tende a soffermarsi negli organi e nei tessuti. È allora che il cuore può momentaneamente sopraeccitarsi, ma non aumenterà di volume le sue fibre, ma solo subirà una dilatazione o ipertrofia passiva fino a che la vita si spegne.

4.° *Aneurisma dell' aorta.* — Si leggono due casi di aneurisma di aorta ateromatosa in cui l'osservazione anatomica presenziò nessun vizio di cuore; cita a sostegno del suo assunto le parole di Morgagni, di Haller, di Menzel, di Bennet, di Peters, di Lebert e di Vrey il quale ultimo sostenne alla sua volta che l'aneurisma aortico ha nessuna influenza sul cuore, quando però non vi sia aggiunto qualche vizio valvolare. A tal uopo l'Autore espone la storia clinica di un aneurisma aortico con ipertrofia del ventricolo sinistro, in cui era intervenuta una insufficienza delle semilunari cagionata dalla chiusura di uno dei pizzi valvolari per la distensione dell'orlo dell'apertura aneurismatica. Aggiunge finalmente un'altra storia clinica nel medesimo intendimento.

5.° *Restringimento dell' aorta.* — Basa la diagnosi sulla trasmissione del soffio a tutti i punti anche lontani, ciò che non è per gli orifici arteriosi e venosi perchè tutti lontani dalle pareti del cuore; i rumori poi che nascono da un orificio hanno il loro momento d'origine circoscritto a quel raggio di pressione determinato dalle sfumature stesse o della valvola o dell'anello fibroso. Riconosce tuttavia l'Autore che questo segno manca assai spesso, ma quando esiste è certo pel diagnostico: difetta quando il circolo arterioso suppletore è molto sviluppato

v'ha da tener calcolo anche dell'urto del cuore che in questi casi è forte ed esteso, mentre nella stenosi dell'orificio è fisiologico o debole, o manca del tutto, e questo fatto gli ribadisce l' idea che l' urto della punta dipenda specialmente dal raddrizzarsi della curva dell'arteria massima. Anche le curve sfigmografiche negli stringimenti dell' aorta dimostrano la piccola quantità di sangue che distende l'aorta e la sufficiente tensione vascolare che vi produce, e tutto sommato, se la diagnosi è difficile, non bisogna intralasciare anche tutte quelle osservazioni minute che ponno condurre con precisione alla stessa. P.

Un caso di cisti dermoide nella cavità degli epiploon; del dott. Clodomiro Bonfigli. (*Rivista clinica di Bologna*, febbrajo e marzo 1875).

È una vedova di 50 anni, gracile, mestruata a 18, che partorì felicemente cinque volte, povera, e le di cui notizie anamnestiche sono tutte a punti interrogativi, onde tanto vale che le trascuriamo. La presente malattia daterebbe da 4 mesi e sarebbe rappresentata da cefalea, insonnia, cardialgia, debolezza generale, allucinazioni ed illusioni: entrava nel manicomio già in istato grave e quindi non fu possibile l'esame obbiettivo: solo verso la base del torace destro si ritraeva alla percussione suono di ottusità timpanica, e alla ascoltazione abolizione del mormorio vescicolare e respiro bronchiale indistinto. Rantoli a grosse bolle posteriormente a sinistra, toni cardiaci netti ma deboli, temperatura 40°,3, morte in tre giorni. Tralasciando il resto dell' autopsia riferiremo solo quella dell'addome — il tenue è spinto in alto e a destra, il fegato normale, la vescica piena, lo stomaco non si vede, che in piccola parte ed il suo posto ordinario è occupato da una massa resistente alla palpazione e che è ricoperta dall'omento; il colon trasverso è molto procidente. Il tumore è piriforme ed ha sede nella cavità degli epiploon e in vicinanza al foro del Winslow l' apice di esso è fortemente saldato per mezzo di connettivo a quella porzione dell' omento gastro-epatico che abbraccia il fascio dei vasi epatici non che alla estremità destra del corpo del pancreas. Estratto il tumore pesa 470 gr., è lungo 13 centim., e largo 9; per un quarto circa della sua lunghezza verso l'apice è fatto da una sostanza di durezza ossea e per il resto da un seno membranoso a pareti molto sode e ripiene di una sostanza molle. Spaccata la parete del sacco è in genere liscia, meno pel tratto di circa tre centimetri in quadro nel quale ha l'aspetto di una pelle rugosa fornita di molti piccoli peli di color castagno cupo. La porzione dura del tumore presenta alla superficie un piccolo seno coperto dalla capsula fibrosa comune alla cisti e contenente poco liquido denso e giallognolo; segato trasversalmente a un certo punto la sega trova resistenza e superatala, si vede che questa massa dura è costituita da un osso informe fornito nel suo centro di una cavità irregolare, nel cui centro oltre a detritus grassoso si trovano liberi due denti della forma dei primi molari riuniti fra loro alla radice, e di cui uno cariato. Ripulita la cavità si trova che è rivestita da altri 17 denti disposti alla rinfusa, parte infissi obbliquamente nella

parete, tutti della forma dei molari ed uno solo simulante un canino. L'esame microscopico riconfermò la natura di tutti questi elementi.

P.

Caso di adeno-carcinoma periesofageo; del prof. Luigi Concato. (*Rivista Clinica*, N. 4, 1875).

Sono due casi di carcinoma isolato delle glandule linfatiche periesofageo; nel primo caso il paziente cominciò a sentire dolore ai lombi tanto che gli riesciva penoso il decubito dapprima e poi andò tanto crescendo da dover desistere dal lavoro: due mesi dopo gli cingeva la base del costato, perdeva l'appetito, dimagrava rapidamente, avea difficoltà a deglutire: d'allora in poi i dolori ai lombi e al costato andarono scomparendo, ma crebbe la disfagia al punto da non poter deglutire nemmeno i liquidi. Tutto deponeva per un epitelioma esofageo, ma la sonda esofogea penetrava fino al cardias abbastanza liberamente e l'esame delle materie che seco traeva la sonda nell'estrazione non contenevano elementi istologici carcinomatosi. Il sondaggio giornaliero, lasciando in sito lo strumento almeno 10 minuti gli recò tanto beneficio, che pochi giorni dopo mangiava come il solito; il dimagramento però progrediva a gran passi, le forze mancavano, ed un giorno moriva d'un tratto coi segni di emorragia interna. All'autopsia si riscontrò nel cieco e nel colon ascendente sangue nerastro in parte putrefatto; la sonda entrava tutta con facilità nell'esofago e metteva capo nello stomaco assai dilatato e contenente più di due litri di sangue raggrumato. La mucosa e le fibre circolari esofagee erano ipertrofiche, e il tratto inferiore dell'esofago era circondato da ghiandole linfatiche grosse tra un fagiuolo ed una grossa mela in specie a destra; le più voluminose erano ammollite (cancro midollare), ed una tra l'esofago, il pancreas e la piccola curvatura scavata e comunicante collo stomaco per una apertura di 5 a 6 centimetri che veniva quindi a trovarsi a fianco di quella del cardias. Dal fondo della cavità scorgevasi la coronaria gastrica corrosa dal processo carcinomatoso e causa della gastrorragia e della rapida fine.

Il secondo caso narrato per lettera dal dott. Rossi al prof. Concato è molto consimile, cominciando con gravi dolori al ventre e agli ipocondri, col deperimento generale, difficoltà alla deglutizione, disfagia, rigurgito esofageo. La sonda penetrava, ma trovava ostacolo ad oltrepassare il cardias con molta molestia del paziente; con essa però si potè nutrirlo circa un mese finchè mancò per inanizione. L'autopsia rivelò il tumore carcinomatoso delle glandole circoscriventi il cardias, la di cui apertura veniva così ristretta: lo stomaco, impicciolito, presentava verso il fondo cieco parecchie chiazze ecchimottiche; nulla agli altri organi che si poterono esaminare. P.

Della compressione del torace dal lato sano come mezzo curativo degli essudati pleuritici; pel dott. Alberto Riva. (*Rivista clinica di Bologna*, N. 1, 1875).

Col nuovo metodo si tratta evidentemente di limitare la escursione

del torace sano per costringere il polmone ammalato a dilatarsi ampiamente e quindi esercitare una forte pressione sul liquido circostante, stendere forzatamente le membrane che cingono il polmone e finalmente togliere l'enfisema vicario dal lato sano. Si fa stendere l'ammalato sopra un letto alquanto duro o indurito con un asse imbottito che si pone sotto al torace da comprimersi, e una robusta persona appoggiando le mani ben distese sul petto dal lato sano vi fa compressione per 5 o 6 minuti due volte al giorno, e successivamente fino a 15 e più minuti. Favorisce il nuovo metodo la recenza delle alterazioni, e lo controindica la febbre, combattuta la quale vi si ritorna senza che l'ammalato provi gravi disturbi di respirazione. La malattia è abbreviata, il risultato ottimo. P.

Sulla iscuria isterica; del prof. Tommasi. (*Morgagni*, 1875).

Negata da alcuni distinti clinici come il Rayer ed il Briquet perchè quasi sempre non è che simulazione, non si può però negare che il fenomeno, benchè di rado, non si verifichi. Non si tratta di iscuria vescicale così frequente nella isteria, bensì di iscuria renale che viene d'improvviso e può scomparire anche in un istante, o durare giorni, mesi e perfino anni.

D' ordinario questo fenomeno è compagno ad altri di isterismo, ma specialmente al dolore nell'ovajo sinistro ed alla epigastralgia; la siringazione è negativa, e per lo più la alterazione preceduta o più spesso si alterna colla poliuria, è poi seguita da vomito e diarrea che contengono urea e carbonato ammonico. L' origine è certamente nervosa e molto probabilmente si tratta di sconcerti vaso-motori: come la paralisi dei vasi che vanno al rene danno la poliuria, così lo spasmo delle artericole prossime a diventar capillari danno l' iscuria, incaricandosi in tali casi lo stomaco e l' intestino di dare esito ai prodotti speciali della secrezione renale. Come soccorso terapeutico valgono i bagni generali tiepidi, e le injezioni ipodermiche di cloridrato di morfina. P.

Nota sul tifo; del prof. S. Tommasi. (*Morgagni*, 1875).

Negli anni decorsi l'A. ebbe ad osservare in Napoli una forma di tifo non menzionato da alcun autore; comincia con brividi e talora cefalalgia, la febbre nei primi 5 o 6 giorni è mite e non sorpassa alla sera i 38°,5 e talora assume la forma intermittente poichè al mattino la apiressia è completa; dopo il 6.° giorno all'incirca la febbre si fa continua, sale un poco la sera a 40° e più, e rimette al mattino solo a 39°,5; la accompagnano un lieve tumore di milza, lieve adinamia ed una leggiera bronchite diffusa. Le orine sono cariche di uroxantina e diminuiscono i fosfati come nel tifo esantematico, vi ha lieve meteorismo, raro la diarrea, per lo più stitichezza, disappetenza, alla quale ultima subentra una fame vorace anche prima che cessi la febbre. Non fenomeni cerebrali, lingua per lo più umida, mai fuliggine dei denti; può durare due mesi ed anche tre; il fastigium della febbre oscilla per lungo tempo la sera tra i 40° e i 40°,5, il mattino tra i 39° e i 39°,5; segue un secondo

periodo tra il 40.° ed il 50.° giorno nel quale la temperatura discende a 39°, vi rimane per lungo tempo e infine un terzo periodo che può durare da 10 a 12 giorni in cui vi ha apiressia nel mattino, febbre a 38° nella sera, con senso di benessere del paziente ed appetito. — Cura negativa: bagno fresco fra 22 a 23 centigr. anche più volte nel giorno, tazzette di buon brodo, cucchiajate di vino se i toni cardiaci si sono fatti deboli. P.

Storia clinica di una catalessia; pel prof. Domenico Capozzi. (*Morgagni*, 1875).

Si tratta di una donna di 27 anni, figlia di un napoletano e di una indiana, che avendo vissuto nella sua giovinezza nell'Asia si educò ai costumi di quelle contrade; di qui facilmente dedita ai piaceri, alla pipa tradizionale, alle bevande fermentate, alle lunghe corse sul cavallo; mestruata per tempo a 15 anni passò a marito e partorì due figli; non soffrì mai malattie all'infuori di una paralisi facciale reumatica sinistra di cui guarì in breve tempo. Una sera del 1872 venutagli a subitanea conoscenza la morte della madre sua che amava teneramente ammutolì all' istante, impallidì e poi si fece tutta rossa in volto, un tremito generale le percorse tutta la persona e da ultimo rimase pensosa ed immobile. Invano colle carezze e la pipa si tentò consolarla, chè condotta alla sua casa andò in atti furiosi e maniaci tentando perfino di strangolare la sua figliuoletta; impauriti gli astanti la condussero in un vicino convento i cui monaci hanno reputazione di fugare i demoni nel nome di Sant' Antonio, e quivi venne incatenata a mo' di una bestia feroce.

La parola di suo marito valse a calmarla e ritornò alla sua casa ove abbracciò teneramente la sua bambina; quivi ora era tranquilla, ora infuriava, per lo più era melanconica e pensosa, onde raccolta in un ospedaletto vi menava vita tranquilla, quando un giorno sorpresa d'un tratto sul capo dalla doccia fredda si scosse, rise scioccamente e da questo punto incominciarono i segni manifesti della catalessia. — Accasciata in un angolo di una stanza o immobile su di una sedia, non mangia se non quando gli si appressa il cibo alla bocca, non cammina se altri non ve la spinge innanzi, soddisfa in posto ai suoi bisogni naturali, le sue membra assumono qualunque posizione loro si dia e rimangono rigide e senza movimento. Inviata dal Console italiano alla Clinica di Napoli come oggetto di studio, soffrì nel viaggio di mal di mare e di forte diarrea; in questo frattempo parve migliorare dando qualche fugace segno di intelligenza, e, dopo mesi di assenza, ricomparve qualche macchia di sangue mestruale; fra Roma e Napoli sottoposta alla corrente elettrica in una stazione telegrafica, si scosse tutta, le braccia fecero in ispecie energici atti di sollevamento ed abbassamento, ma cessata la corrente, tutto ritornò come prima.

Al suo ingresso in Clinica la nutrizione appare assai scaduta, mucose anemiche, temperatura alle ascelle 36°,5 volto senza espressione ma ta-

lora come atteggiato alla mestizia, occhi quasi sempre immobili, palpebra destra abbassata sul globo più della sinistra, movimenti mimici della faccia perfetti, muscoli della faccia talora in contrazioni fibrillari, sensibilità intatta, bocca chiusa, mascelle allontanabili con lieve sforzo di qualche millimetro, di modochè si ponno introdurre nella bocca cucchiajate di brodo, di latte, di vino, ecc. Sensi specifici normali, flessibilità cerea delle membra, la paziente può essere atteggiata nei più bizzarri atteggiamenti e nelle più incomode posizioni, oscillazioni al tronco e alle membra quando per stanchezza vengono giù per proprio peso, movimenti riflessi aboliti colla sensibilità elettro-muscolare, orine copiose e feci indurite emesse nel letto, nessun dato importante dall'esame obbiettivo, leucorrea ai genitali.

Era quindi un tipo di *catalessi*; per cura impacco freddo e corrente elettrica, evacuazioni ventrali, dieta liquida roborante. Dopo non molti giorni la paziente parve migliorata, possibile la masticazione, diminuita la flessibilità cerea delle membra, deboli i movimenti riflessi, accensioni del viso quando più persone circondano il suo letto, e manifesta emozione dell'animo, tanto da dover impedire l'ingresso nella sala ai curiosi. Avverte lo stimolo della defecazione drizzandosi sul letto come per avvisare le infermiere; un giorno riconobbe suo marito, parve comprenderlo, gli sorrise amorevolmente, ma non una parola uscì dal suo labbro. Un mese dopo cambiava spontaneamente di giacitura, scendeva sola dal letto aspettando che le infermiere le servissero l'occorrente per evacuare, lasciata scoperta tirava a sè sdegnosamente le coltri, maggiore era la reazione alla corrente elettrica. Ben presto però ritornò nello stato primitivo, e per la chiusura della Clinica passata in una delle corsie dell'ospitale, quivi ricadde, per quanto scendesse ancora dal letto: anzi quest'atto divenne una vera mania, ed accompagnata camminava lentamente, ma se veniva abbandonata rimaneva per tempo in quella posizione. Sottoposta all'idroterapia crebbe l'appetito, migliorò la digestione, ma da parte del sistema nerveo-muscolare, nessuna modificazione. Abbandonatasi anche alla manustuprazione, dando segno di provarvi grande diletto, cominciò a peggiorare anche nella nutrizione, si aggiunse la diarrea, lieve febbre alla sera, non tosse, nessun escreato. Dopo due mesi periva infine per esaurimento organico.

Autossia. — Cervello rammollito, spazi subaracnoidali dilatati, aumentate in numero le circonvoluzioni che sono più piccole e flessuose; profonde le anfrattuosità, anemia della sostanza bianca, assottigliamento del corpo calloso, ventricoli laterali molto dilatati massime posteriormente, ependima ventricolare liscio, corno di Ammone un po' piccolo. Nulla di particolare nel canale rachidiano, midollo un po' sottile, di consistenza normale, sostanza grigia tendente al roseo. Nel torace ghiandole bronchiali, in parte caseificate, tisi caseosa e tubercoli sparsi nei polmoni ed anche sulle pleure; lieve infiltrazione grassa delle pareti ventricolari del cuore, incipiente degenerazione cistica della tiroidea. Fegato

piccolo e rammollito in preda ad infiltrazione grassosa, milza molle, con rari noduli caseosi, nulla di anormale in tutto il resto. Mancano completamente i reperti microscopici.

Dopo la storia clinica l'Autore fa alcune considerazioni sulla patologia della catalessi, ricordando però che in questo caso esiste pure una forma, se non cospicua, di psicopatia. La autopsia rivelò co' suoi dati negativi il diritto della catalessi di essere classificata nelle nevrosi, e la iperemia cerebrale non era che il rifiesso di tutto l'organismo: la morte avvenne per tubercolosi e consecutivo esaurimento organico. Riguardo alla patogenesi della catalessi, i più ravvisano in essa una esagerazione del tono muscolare, cioè uno stato di mezzo fra il rilasciamento completo della neuro-paralisi e l'energica contrazione dell'attività muscolare. Sarebbe la catalessi l'antitesi della paralisi agitante, in cui invece di esagerazione vi sarebbe indebolimento del tono muscolare; questa teoria accettata da illustri clinici, quali Niemeyer e Jaccoud non è scevra di obbiezioni, anzi fu integralmente scossa da coloro che negano il tono muscolare, attribuendo la leggiera tensione dei muscoli in riposo alla naturale elasticità della fibra muscolare. Ad ogni modo la mente accoglie facilmente questa ipotesi, sebbene il Jaccoud istesso pur accettando dal Blasius la teoria del tono muscolare non vi sa decifrare molte incognite nell'addattarla alla catalessia. Il prof. Vizioli all'articolo *Catalessia* nella *Enciclopedia medica italiana* non nega l'esistenza del tono muscolare, ma non crede vi prenda parte nei fenomeni catalettici. Egli crede che la catalessia non sia altro che un movimento volontario che seguita oltre la durata della volontà, e ciò dipenderebbe da una ischemia degli emisferi cerebrali potendo nel tempo stesso supporre una iperemia collaterale nelle altre parti del sistema cerebro-spinale.

Ma, a ragione soggiunge l'Autore, perchè l'accresciuta eccitabilità delle cellule motrici originali si esplica nella catalessia con una tensione e calma misurata e non già in maniera irrequieta e tumultuaria come nel tetano, nella corea, ecc.? Questa sola contro-domanda, a cui l'Autore ne aggiunge altre, basta a concludere che se molto ingegnosa è la ipotesi del Vizioli, altrettanto interessante è il lavoro intorno alla ipotetica patogenesi della *catalessia*. P.

Intorno l'ateromasia delle arterie; per Giuseppe Consalvi. (*Morgagni*, 1875).

Dopo l'esposizione della struttura fisiologica delle arterie l'Autore così la riassume: 1.° I tessuti che entrano a far parte delle arterie sono: l'elastico, il muscolare liscio, il nerveo, ed il connettivale. 2.° Il tessuto elastico si compensa nelle diverse tuniche di una stessa arteria. 3.° L'elastica propria si compensa coll'elemento contrattile. 4.° Nelle arterie grandi il tessuto elastico si compensa col tessuto muscolare assai scarso, non tanto nella avventizia, quanto nella tunica media in cui è abbondantissimo. 5.° Il tessuto elastico è anatomicamente più importante del muscolare.

Anatomia patologica. — La parola *ateroma* significa poltiglia: in genere dicesi *degenerazione ateromatosa* quella in cui sono combinate la degenerazione grassa e la calcarea; la scienza conserva questo nome per quell' alterazione che si conosce col nome di ateroma delle arterie ma a rigore di termine è inesatta, poichè è tanto ateroma il processo morboso che si svolge in un vaso arterioso, quanto il prodotto di ostruzione di una ghiandola sebacea del cuojo capelluto (ateroma del cuojo capelluto); hanno è vero amendue i processi nella loro fase ultima qualche cosa di simile, ma invece la loro genesi e la loro natura differiscono essenzialmente. — Il processo che comunemente si ritiene una infiammazione cronica che ha per suo punto di partenza l' intima delle arterie ha ricevuto varii appellativi a seconda della sua interpretazione: di qui i nomi di *ateroma e rigidità delle arterie*, *processo ateromatoso*, *endarterite deformante o nodosa* (Virchow), *ipertrofia della tunica interna o arteriosclerosi* (Foerster), *processo di deposizione* (Rokytansky), ecc. Le alterazioni che vi si riscontrano sono: inspessimento quasi cartilagineo della intima delle arterie, superficie interna delle arterie coperta da scabrezze e laminette gialliccie di sostanza calcarea in parte erose, ora isolate, ora fuse assieme, soluzioni di continuo nell'intima irregolari, a margine frangiato, a fondo giallo sporco. Talora la membrana interna è solo intorbidata e rugosa, tal' altra veggonsi solo delle prominenze prodotte da qualche cosa che è di sotto e che la spinge di fuori indentro restringendo il lume delle arterie, il quale ultimo infine è spesso allargata laddove l'alterazione è avanzata e diffusa. L'affezione incomincia col rammollimento e l'imbibizione sierosa della intima, per così dire coll'infiltrazione plastica, e le cellule primamente formate subiscono la degenerazione grassa, mentre se ne formano delle nuove nella periferia del focolajo morboso. Numerose gocciole adipose si depositano intorno ai nuclei delle cellule connettivali, più tardi disfacendosi la membrana cellulare, queste goccioline restano in libertà, donde la poltiglia ateromatosa fatta appunto di granuli adiposi, numerosi cristalli di colesterina e detritus, di fascetti connettivali. È questo il vero *ateroma* delle arterie, altrimenti dette *follicolo ordaceo*, o *pustola ateromatosa* finchè cioè l'ateroma rimane coperto da un sottile strato dell'intima facendo prominenza nel lume vasale.

Col progredire del processo morboso si alterano anche gli strati più interni della intima e la tunica media, le fibro-cellule delle quali pure si dissolvono in granuli di grasso, fino ad aversi una soluzione di continuo a margini irregolari e frangiati, cioè quella che si dice un'*ulcera ateromatosa.* Quest'ultima può estendersi in vario senso, ma può talora anche cicatrizzare o subire un' ultima metamorfosi comune alle infiammazioni croniche, cioè la calcificazione, la quale procede verso il lume della arteria, fino ad arrivare ad esser lambita dal sangue circolante che talora vi deposita strati fibrinosi. Nello stesso individuo e in un sol tronco si ponno talora trovare combinate le fasi suddescritte e può per-

sino in uno stesso punto ma a diverso spessore, trovarsi combinata la calcificazione colla degenerazione adiposa. La tunica media che dapprincipio non è molto alterata di poi si rammollisce e si infiltra alla sua volta di grasso; l'avventizia infine a processo innoltrato si ingrossa e va soggetta ad una vera sclerosi. Una varietà di inspessimento della tunica interna è quella detta da Rokytansky *canalizzazione*, cioè l'intima inspessita è trapassata da fori e canaletti, in cui dai vasi penetra il sangue; finalmente v'ha una calcificazione della media (specialmente si osserva nella iliaca esterna) in forma di placche rotonde e semilunari o di incrostazioni fusiformi, indipendente dallo inspessimento della intima; per tal modo il lume del vaso resta intatto.

Statistica approssimativa delle arterie che più facilmente vanno incontro alla ateromasia. — In prima linea sono l'arco dell'aorta coll'aorta ascendente, i punti di biforcazione delle arterie e i punti di origine delle arterie laterali; quando sul vivo possa accertarsi l'ateromasia nelle arterie periferiche si può quasi senza dubbio argomentare ad una simile affezione dell'aorta, anche non riscontrandone i consueti segni fisici. L'ateroma può talora limitarsi alle arterie cerebrali propagandosi fino alle loro più fine diramazioni, e Rokytansky al contrario di Bizot riferisce non avere in tutti i casi riscontrata la simmetria bilaterale di questo processo. Lobstein, Bizot e Rokytansky hanno classificate le arterie che più facilmente soggiacciono alla ateromasia; le mesenteriche, l'epiploica, l'epatica, le coronarie dello stomaco, e specialmente la celiaca vanno raramente soggette ad ateroma, rarissimo la polmonare anche quando il processo è diffuso, e in modo secondario le vene. In due soli casi si è osservata in esse questa affezione: cioè quando il circolo era in esse lentissimo, o nell'aneurisma varicoso spontaneo, nel qual caso l'affezione dell'arteria si è propagata alla vena.

Patogenesi ed eziologia. — La teoria di Rokytansky che considera l'ateromasia un processo di deposizione fatto dal sangue e non una flogosi laddove non vi son vasi come nella intima delle arterie, questa teoria dico non ha più ragione di essere, dopochè a tutta evidenza si è dimostrato che infiammazione si può sviluppare anche nei tessuti invascolari. Virchow e i suoi seguaci infatti la designarono una infiammazione parenchimatosa, in cui vi ha cioè proliferazione degli elementi normali e che esita coll'ateroma. Il prof. Schrön invece distinguerebbe una infiammazione cronica delle arterie, la quale non ha esito in ateroma (endarterite), da un processo neoplastico (ateromasia).

L'ateromasia che ha un decorso lento e lungo riconosce cause generali e cause locali; appartengono alle prime, l'età avanzata dai 40 in su, il sesso maschile, le discrasie croniche, l'alcoolismo, il reumatismo, la gotta, la sifilide, la intossicazione saturnina (Jaccoud), le temperature elevate, ecc. Fra le cause locali si annoverano i processi infiammatorii di organi vicini, gli irritamenti locali: l'ipertrofia totale eccentrica del cuore come vogliono Virchow e Rokytansky negli ammalati affetti di

insufficienza aortica per la maggior pressione che il ventricolo sinistro ipertrofico impartisce al sangue, è precoce l'ateromasia di tutto l'albero arterioso e specialmente delle cerebrali.

Effetti della ateromasia arteriale. — Gli effetti si riferiscono *alle pareti arteriose, agli organi, alla meccanica del circolo.* Riguardo alle pareti arteriose esse si inspessiscono, le arterie si allungano, si fanno quindi serpentine, il polso è *visibile*: diminuisce la elasticità e poi la contrattilità fino alla loro perdita, il polso si fa duro e tardo, l'arteria dura e nodulata, e allo sfigmografo il primo, secondo Marey, si fa ampio, brusco e curvo nella linea ascendente, non acuto alla sommità, quasi senza dicrotismo nella linea di difesa che si avvicina alla orizzontale. Sulla ruvidità della faccia interna delle arterie precipita facilmente la fibrina, le arterie qualche volta si rompono, ma più spesso si fanno ectatiche donde gli aneurismi in tutte le loro varietà. Nell'ateroma dell'aorta talora il primo tono è suffuso o quasi mancante, tal'altra quasi soffiante, ed il 2.° pressochè sempre accentuato: vi si ponno aggiungere anche i segni della insufficienza.

Come effetti sugli organi abbiamo in prima linea l'ipertrofia del cuore, il rallentamento del circolo, la cianosi, gli edemi, la diminuzione della secrezione orinosa, l'embolismo d'onde l'atrofia e la degenerazione adiposa del cuore, la gangrena spontanea; vi si aggiungono l'insufficienza o la stenosi aortica, raramente l'insufficienza mitrale e la stenosi dell'ostio venoso sinistro per diffusione all'endocardio del processo morboso dell'aorta, la congestione e la emorragia cerebrale, l'ipotrofia di tutti quegli organi le cui arterie sono diventate ateromasiche, l'albuminuria, insomma il precoce marasmo.

Finalmente il primo effetto sulla meccanica del circolo è l'aumento della tensione del sangue pel restringimento delle arterie e l'ipertrofia del cuore; poi il rallentamento di velocità del sangue ed il ritardo dell'arrivo dell'onda sanguigna alla periferia, donde l'abbassamento della temperatura, la cianosi, la sonnolenza, le trombosi venose e capillari, i trasudamenti sierosi, la diminuzione della nutrizione. P.

RIVISTA DI FISIOLOGIA

pel prof. E. SERTOLI.

Nutrizione.

Vintschgau — *Azione della saliva e dell'orina sull'amido jodurato.*
Etzinger — *Digeribilità dei tessuti collageni.*
Plosz — *Sui peptoni.*

Maly — *Sui peptoni.*
Ebstein e Grützner — *Produzione della pepsina.*
Vittich — *Ghiandole piloriche.*
Ralfe — *Formazione degli acidi del sangue.*
Maly — *Sull'acido del succo gastrico.*
Laborde — *Sull'acido del succo gastrico.*
Hüfner *Digestione della fibrina per opera del succo pancreatico.*
Kunkel — *Formazione di gas nella digestione pancreatica.*
Radziejewski e Salkowski — *Produzione di acido asparaginico.*
Williams — *Azione della bile nell'assorbimento dei grassi.*
Mattieu et Urbain — *Azione dei gas nella coagulazione del sangue.*
Lassar — *Dell'alcalescenza del sangue.*
Rohrig — *Composizione e destinazione dei grassi alimentari.*
Luchsinger — *Sulla formazione del glicogeno.*
Tarchanoff — *Formazione del pigmento biliare.*
Tarchanoff — *Idem.*
Speck — *Influsso dell'alimentazione sullo scambio gazoso.*
Danilewsky — *Sulla respirazione muscolare.*
Schmidt — *Sul latte.*
Heidenhain — *Secrezione dell'orina.*
Hoppe-Seyler — *Formazione del pigmento dell'orina.*
Knieriem — *Formazione dell'urea.*
Küssner — *Formazione dell'urea.*
Schenck — *Influsso del lavoro muscolare snlla scomposizione degli albuminati.*

Considerazioni intorno alla proprietà che possiede la saliva umana mista e l'urina umana normale di scolorare la salda d'amido jodata; di M. di Vintschgau.

Il fatto che la salda d'amido jodata messa in contatto colla saliva umana (la quale, come è noto, possiede energiche proprietà saccarificanti), perde immediatamente il suo colore azzurro sebbene l'amido non siasi ancora trasformato in glucosio, venne diversamente interpretato dai fisiologi.

L'Autore, a proposito di uno scritto del prof. Lussana in cui lo scoloramento dell'amido jodata per la saliva si spiega con l'alcalinità della medesima, ha istituito alcuni esperimenti i cui risultati porterebbero a credere che il fenomeno dipendesse da circostanze estrinsiche alla saliva e che si riferiscono invece alla salda d'amido di cui si fa uso, nonchè alla quantità di jodio che alla stessa si aggiunge.

L'Autore inoltre si è accertato che il potere scolorante della saliva umana normale, varia col variare della temperatura alla quale si imprende il tentativo e che lo scoloramento della salda d'amido jodata succede assai rapidamente colla saliva riscaldata da 35° a 40° C.,

mentre con quella fredda si manifesta nello stesso lasso di tempo una notevole diminuzione di colore, ma non già un perfetto scoloramento.

L'Autore crede di poter dire che la differenza di azione tra la saliva fredda (12°-14° C.) e la riscaldata (35°-40° C.) è tanto maggiore quanto più carica è la tinta azzurra della salda d'amido jodata e quanto maggiore si è la quantità di questa ultima aggiunta alla saliva.

Il prof. Lussana afferma che il colore azzurro dell'amido jodato dileguasi, per l'azione della saliva acidificata, soltanto nel lasso di tempo congruo alla sua saccarificazione.

L'Autore esperimentò alla temperatura di 34°-40° C. e vide che adoperando salda d'amido filtrata e jodata, lo scoloramento succede con eguale rapidità sia che si faccia uso di saliva normale, sia di quella leggermente acidificata, tostochè si abbia l'avvertenza che le altre condizioni sperimentali siano identiche. Da ciò l'Autore conchiude che se anche alla alcalinità della saliva si vuole ascrivere qualche importanza nel produrre la decolorazione della salda d'amido jodata, pure questa importanza è di ben poco conto e che vi devono essere altre cause più valenti le quali producono la decolorazione.

Alcune di queste cause crede l'Autore siano rappresentate da sostanze che si trovano nella saliva le quali sono capaci di togliere lo jodo all'amido jodato senza che quest'ultimo abbia subito alcun cangiamento, cioè la presenza del solfo cianuro di potassio e il fatto che una parte dell'amido, nel medesimo istante in cui esso si mesce alla saliva, comincia a trasformarsi in destriña oppure in zucchero.

Nella seconda parte del suo lavoro l'Autore dimostra contro l'opinione del prof. Lussana il quale crede che la salda d'amido colorita dall'jodo perda tutto il suo colore solo allorchè viene messa in contatto di orina putrefatta per sdoppiamento dell'urea in carbonato di ammoniaca e quindi reazione alcalina, che *l'orina normale, fresca, di reazione acida possiede la proprietà di scolorare la tintura di jodo, nonchè la salda d'amido tinta da questo in azzurro; e che infine l'orina normale esercita sull'jodo, ad essa aggiunto, un' azione tale da non poterlo scoprire colla sola salda d'amido.*

Ueber die Verdaulichkeit der leimgebenden Gewebe; (Sulla digeribilità dei tessuti collageni) von S. Etzinger. (*Zeitschrift f. biologie* 1874. *Centralbl. f. méd. Wiss.*).

L'Autore esamina in questo lavoro, da una parte, l'azione del succo gastrico sopra legamenti, tendini, cartilagini, ossa, dall'altra, l'effetto sulla secrezione dell'urea della somministrazione di queste parti ad un cane.

La polvere di ossa si scioglie in grande quantità nell'acido cloridrico diluito al 0,3 0[0. Il residuo è ricco di sostanza organica la quale si scioglie in maggior quantità se all'acido cloridrico è aggiunto un pò di pepsina. — Somministrando al cane 150 grammi di polvere d'ossa al giorno cresce quotidianamente la secrezione dell'urea di 8 grammi.

Anche la cartilagine si scioglie nell'acido cloridrico in buona parte, massimamente se vi è pepsina nella soluzione. Alimentando un cane con cartilagine questa non passa nelle feci, e fa crescere la eliminazione dell'urea di circa 11 grammi.

I tendini resistono maggiormente all' azione dell' acido cloridrico al 0,3 0[0; solo si sciolgono quasi del tutto se vi è della pepsina nella miscela.

Lo stesso si è osservato circa al legamento cervicale del bue. Somministrati al cane 367, e 360 grammi di tendini durante due giorni, e crebbe la quantità dell'urea di 21,2 grammi. Da ciò risulta che i tessuti collageni vengono digeriti ed utilizzati; in grado massimo lo sono i tendini; poi vengono le cartilagini ed infine le ossa.

Riguardo al modo di comportarsi della gelatina, conferma l'Autore l'antica osservazione di Frerichs e Kuhne che la colla perde inseguito all'azione dell'acido cloridrico e della pepsina la proprietà di coagularsi.

Ueber Peptone und Ernährung mit denselben; (Sui peptoni e sull'alimentazione coi medesimi), von P. Plosz. (*Arch. f. d. ges. Physiol.* 1874).

L'Autore tratta la questione se i peptoni nel corpo animale si trasformano nuovamente in albuminati e se formano un materiale di formazione delle cellule. L'Autore alimentò per molti giorni un cane previamente pesato con 360 a 450 c. c. di un liquido contenente sopra 100 c. c. 5,0 grammi di peptone, 5,0 di glucosio, 3,0 di grasso, 1,2 a 1,5 di sali. Il cane aumentò di peso durante una tale alimentazione di circa 500 grammi, il che prova che i peptoni in realtà si trasformano nuovamente in albuminati.

Ueber die chemische zusammensetzung und Physiologische Bedeutung der Peptone; (Sopra la composizione chimica e sulla significazione fisiologica dei peptoni), von R. Maly. (*Arch. f. d. ges. physiol.* 1874, IX).

La stessa questione della trasformazione dei peptoni in albuminati venne contemporaneamente a Plosz trattata dall'Autore, con esperienze sui piccioni.

Il peptone di fibrina differisce assai di poco nella sua composizione elementare dalla fibrina. Contiene un poco meno di carbonio ed azoto, ed un poco più di ossigene. Sarebbe verosimilmente un' idrato dell'albuminato da cui è derivato.

I piccioni alimentati con pillole composte di 12,6 parti di Acqua, 66,1 di amido, 1,6 di ceneri, 2,0 di grasso, 3,5 di cellulosa, 10,2 di peptoni, 4,0 di gomma presentarono costantemente un' aumento di peso in confronto del tempo durante il quale furono alimentati con frumento.

Da ciò risulta confermata l'osservazione di Plosz che il peptone si trasforma nuovamente in albuminato.

Sulla produzione della pepsina nello stomaco; per i dottori W. Ebstein e P. Grützner. (*Arch. f. die gesammnte physiologie v. Pflueger.* Bd. 8, pag. 122).

Nella prima parte di questo lavoro gli autori discorrono dei me-

todi impiegati per la determinazione della pepsina, fra i quali merita la preferenza quello di Gruenhagen, impiegato anche da V. Vittich nelle sue ricerche sulla facoltà digerente degli estratti con glicerina della mucosa del fondo sinistro e della parte pilorica dello stomaco. Il metodo di Gruenhagen si basa sul fatto che ponendo sopra un filtro un pezzetto di fibrina, gonfiata nell'acido cloridrico diluito, insieme ad una soluzione di pepsina, esso si discioglie più o meno prontamente, quanto maggiore o minore è la quantità della pepsina che si trova nella soluzione e passa perciò più o meno presto traverso il filtro.

Dalle ricerche istituite risulta inoltre che gli estratti della mucosa pilorica, non devono essere fatti con glicerina, ma con acido cloridrico diluito, giacchè solo quest' ultimi possiedono una indubbia forza digestiva.

Gli autori credono di dover rigettare la raccomandazione di Volffügel di usare invece dell'acido cloridrico, dell'acido nitrico perchè questo dà occasione a maggiori errori che non il primo.

Circa al luogo ed al modo secondo cui la pepsina viene prodotta, gli autori impugnano l'asserzione di v. Vittich, che la virtù digestiva degli estratti della mucosa pilorica dello stomaco dipenda da una infiltrazione di pepsina, proveniente dal fondo sinistro, nelle glandole del piloro, per l'affinità che hanno gli albuminati contenuti nelle cellule glandolari al pari della fibrina, verso la pepsina.

Se così fosse, le più infiltrate di pepsina dovrebbero essere le cellule cilindriche che rivestono le fossette in cui sboccano le glandole piloriche. Ora gli estratti fatti cogli strati più superficiali della mucosa pilorica non godono invece di alcuna proprietà digestiva. Inoltre come lo stesso V. Vittich ha trovato, gli estratti degli strati più profondi della mucosa del fondo sinistro dello stomaco digeriscono più energicamente di quelli ottenuti dagli strati superficiali, e le ricerche di Rollet e di Heidenhain hanno mostrato che la parte profonda delle glandole gastriche è quella dove vi sono meno cellule delomorfe (Belegzellen) mentre queste abbondano negli strati superficiali. Sono adunque le cellule adelomorfe (Hauptzellen) quelle che producono la pepsina, le quali cellule si trovano tante nelle ghiandole della mucosa del fondo come della mucosa pilorica dello stomaco.

Circa alla forma nella quale la pepsina è contenuta nelle cellule adelomorfe, devesi osservare che queste contengono e trattengono la pepsina come i pezzi di fibrina messi a contatto di soluzioni di quella sostanza, imperocchè non perdono che poco della loro forza digestiva per un energico dilavamento e perchè trattate con acido cloridrico diluito danno luogo alla formazione di soluzioni di peptone dotata di virtù digerenti. Resta a sapere perchè le glandole dei fondo sinistro danno colla glicerina estratti energicamente attivo, e quelle piloriche invece no, mentre amendue danno un estratto attivissimo coll'acido cloridrico. Nelle glandole del fondo vi sono oltre le cellule

adelomorfe anche le delomorfe che secondo Heidenhain sarebbero destinate a secernere l'acido cloridrico; nelle cellule piloriche invece non vi sono che le cellule adelomorfe. Ora egli è possibile che aggiungendo alle glandole del piloro, ciò che vi è nelle glandole del fondo, si possano avere colla glicerina degli estratti attivi. Le ricerche istituite in questo senso dagli autori hanno dato:

1.° Che la glicerina estrae dalle ghiandole del fondo una certa quantità di pepsina (fatto questo già noto); ne estrae però una quantità maggiore se le glandole vennero dapprima trattate con acqua o con acido cloridrico diluito.

2.° Gli estratti fatti con glicerina delle ghiandole piloriche previamente lavate, sono affatto inattivi; diventano invece attivi se prima furono trattati con una certa quantità di acido cloridrico. La quantità dell'acido non deve essere troppo grande, diversamente il piloro digerisce se stesso, e non dà più che una inattiva soluzione di peptone.

Da ciò si deve concludere che mediante un conveniente trattamento delle ghiandole del fondo e del piloro con acido cloridrico si aumenta oppure si forma la pepsina, la quale passa in una forma tale da poter essere estratta colla glicerina. Questo fatto viene dagli autori spiegato ammettendo che la pepsina si trovi nelle cellule adelomorfe delle ghiandole del fondo e nelle cellule delle ghiandole piloriche non come tale ma in unione con quei albuminati coi quali verosimilmente viene versata nello stomaco in forma di un secreto, il quale deve essere simile all'infuso acquoso della mucosa pilorica. Un tale secreto è da solo, senza acido, inattivo, e si ottiene per mezzo della glicerina parimenti inattivo. Una tale sostanza viene dagli autori chiamata *pepsinogenica*, poichè da essa mediante cloruro di sodio od acido cloridrico viene separata la pepsina, che solo inseguito a questo trattamento delle glandole può essere estratta mediante la glicerina. Si divide la pepsina dagli albuminati col cloruro-sodico, allora questi rimangono intatti; si procede invece coll'acido cloridrico, allora ha luogo contemporaneamente alla liberazione della pepsina anche la soluzione degli albuminati. Ciò per le ghiandole piloriche.

Nelle ghiandole del fondo la pepsina esiste già libera, come tale, suscettibile di essere estratta con la glicerina, unicamente pel motivo che presso la sostanza pepsinagenica, il secreto delle cellule adelomorfe, avvi un' altro secreto, quello delle cellule delomorfe, il quale al pari dell'acido cloridrico o del cloruro di sodio artificialmente aggiunto, ha causato la divisione della pepsina dagli albuminati.

Le conclusioni finali adunque a cui sarebbero giunti gli autori sarebbero le seguenti:

1.° Contro l'opinione di v. Vittich e di Wolffhügel è giusta la tesi che le ghiandole piloriche possiedono la facoltà di digerire, facoltà che non è punto a loro impartita da casuale infiltrazione di pepsina proveniente dal fondo.

2.° Riguardo al modo dalla formazione della pepsina tanto nel fondo quanto nel piloro si può ammettere come molto verosimile che le cellule adelamorfe (Hauptzellen) delle ghiandole fondo sinistro e del piloro preparano un secreto nel quale la pepsina o non si trova libera o non è completamente formata. Divien libera o si forma completamente solo quando vien in contatto del sale di cucina o dell' acido cloridrico (o in generale verosimilmente con tutte le combinazioni di cloro).

Infine gli autori esprimono l'opinione che le cellule delomorfe dieno un secreto ricco di cloruri alcalini, il quale venuto a contatto di quello delle cellule adelomorfe, solo alla superficie dello stomaco, per cause tuttora ignote, prende una reazione acida.

Noch einmal die Pylorusdrüsen; (Ancora delle ghiandole piloriche), von V. Vittich. (*Arch. f. d. gesamünte physiol.* 1874).

L'Autore conferma il fatto osservato da Ebstein e Grützner che nell'estrazione delle ghiandole piloriche con acido cloridrico si ottiene dalla pepsina la quale invece non viene estratta dalla glicerina. L'Autore però non ammette che ciò dipenda dal prodursi della pepsina, dalle ghiandole piloriche, ma da ciò che il protoplasma delle cellule epiteliali di queste ghiandole si appropria la pepsina dalle parti circostanti nella coagulazione che avviene per la lavatura della mucosa pilorica; la quale pepsina non viene ceduta alla glicerina pura, come avviene anche di fiocchi d'albumina caricati artificialmente di pepsina.

The separation of acids from the alcalin blood; (Separazione dell'acido dal sangue alcalino), per Ralfe. (*The Lancet* 1874. *Centralblatt f. d. med. Wiss.* 1875, 12).

Se si fa passare una debole corrente galvanica attraverso una soluzione di bicarbonato e di fosfato di soda, posta in un tubo ad U, si manifesta secondo l' Autore al polo positivo una reazione acida mentre cresce la reazione alcalina al polo negativo.

Questa scomposizione che viene espressa dalla equazione $NaHCO_3 + Na_2 PO_4 = Na_2 CO_3 + Na H_2 PO_4$ spiegherebbe la reazione acida dell'orina. Se invece della miscela suindicata si impiega una soluzione di bicarbonato di soda e sal di cucina, allora al polo positivo passa l'acido cloridrico mentre al polo negativo aumenta la reazione alcalina secondo l'equazione: $Na HCO_3 + NaCl = Na_2 CO_3 + HCl$. Questo sarebbe lo schema per la secrezione del succo gastrico nello stomaco.

Untersuchungen über die Quelle der Magensäure; (Ricerche sopra l'origine dell'acido del succo gastrico), per R. Maly. (*Annal. d. Chemie und Pharm. Centralblatt* 1875, N. 12).

In questo lavoro l'Autore tratta della dipendenza della reazione dell'orina dalla attività della mucosa gastrica, della scomposizione dei cloruri per opera dell'acido lattico e della fermentazione lattica in rapporto alla produzione dell'acido del succo gastrico.

1) Sulla dipendenza della reazione dell' orina dalla attività della

mucosa dello stomaco. Il reperto di Bence Jones che l'orina prende reazione alcalina alcune ore dopo il pasto in causa della secrezione del succo gastrico acido, venne in parte contraddetto. L'Autore crede importante di ripetere, nuovamente queste osservazioni, poichè un risultato positivo deciderebbe per la possibilità di uno dei due modi di produzione dell'acido gastrico, cioè o per elettrolisi o per scomposizione dei cloruri per l'acido lattico. Nell'uomo non di rado l'orina prima acida si mostrò, tre ore dopo il pasto, alcalina, ma questo fenomeno non si presentò costantemente, e in molti casi crebbe invece il grado di acidità dell'orina. Essendo il risultato incerto l'Autore fece delle esperienze sopra dei cani; dapprima veniva determinato il grado di acidità dell'orina, poi somministrava agli animali uno stimolante della mucosa gastrica (pepe, pezzetti d'osso) e subito dopo dalle sostanze atte a neutralizzare l'acido libero del succo gastrico, come carbonato e fosfato di calce, idrato d'ossido di ferro ecc. Esaminate in seguito le orine, trovò che in tutti i casi, non uno eccettuato, si erano fatte alcaline.

2) Sulla scomposizione dei cloruri per opera dell' acido lattico. L'Autore riconosce che la reazione alcalina dell'orina e quindi il passaggio in questo liquido di alcali non prova soltanto la formazione elettrolitica dell'acido cloridrico, poichè essa può essere invece l'effetto della produzione primaria di acido lattico e della scomposizione per esso dei cloruri. L'Autore trova infatti che l' acido lattico anche in soluzioni diluite ed alla temperatura ordinaria, è in grado di scomporre i cloruri dando luogo alla formazione di acido cloridrico libero. Ma resta a dimostrare se nello stomaco si forma primariamente dell'acido lattico.

Mettendo a contatto della mucosa gastrica sminuzzata con soluzioni di glucosio, di zucchero, di latte, destrina, a 40° per un certo tempo si forma dell'acido lattico. L'azione della mucosa gastrica diminuisce se essa viene dapprima fatta muovere, e cessa affatto se viene scaldata a 110°. L'estratto aquoso e glicerico della mucosa agiscono assai più debolmente. Siccome nei liquidi si presentavano dei bacterj, così è verosimile che la proprietà di formare l' acido lattico non dipenda dalla mucosa ma dei bacterj. L'aggiunta di fenolò e di acido arsenioso diminuisce la produzione dell'acido lattico, la quale non avviene o solo in minimo grado se si istituisce la ricerca con mucosa gastrica fresca e con tutte le cautele. Del pari l'Autore non potè provare la formazione di acido lattico, in una soluzione di glucosio con magnesia, injettata nello stomaco con fistola di un cane e lasciatavi per un' ora. Nel succo gastrico fresco non potè convincersi della presenza di acido lattico.

Esclusa, secondo l'Autore, la formazione di acido lattico, non rimane per la formazione dell' acido cloridrico che il processo elettrolitico.

Nouvelles recherches sur l'acid libre du suc gastrique; par LABORDE. (*Gaz. méd. de Paris* 1874).

I risultati di queste ricerche sono in piena contraddizione con quelli ottenuti da Maly. L'Autore si occupa di stabilire se l'acido libero del succo gastrico è acido cloridrico oppure acido lattico colle seguenti tre prove:

1) Una soluzione di acido cloridrico nell' acqua nella proporzione 1 per mille, messa a contatto con dell'amido alla temperatura di 155° per due ore trasforma l'amido completamente in glucosio (64 0[0) ed in destrina (36 0[0). Un' eguale quantità di succo gastrico di cane con amido, trattato nella stessa guisa dà luogo alla formazione di una piccola quantità di glucosio e destrina; quasi tutto l' amido rimane inalterato.

2) Nello stesso modo una soluzione dello zuccaro di canna di 0,05 grammi sciolto in 50 c. c. di acqua e 5 milligrammi di HCl bollita per 10 minuti viene trasformato in glucosio (74 0[0.); se invece di acido cloridrico si usa dell'acido lattico si trasforma solo il 34 0[0 dello zucchero in glucosio e nel succo gastrico il 38 0[0. Aggiungendo al succo gastrico una minima quantità di acido cloridrico si aumenta la quantità procentuale del glucosio.

3) Se a soluzioni di acido cloridrico, di acido lattico, ed al succo gastrico si aggiungono alcuni centimetri cubi di una diluita soluzione di solfato d'anilina, ed un poco di iperossido di piombo succede nella prima soluzione (di HCl) una colorazione bruna, nella seconda e nella terza invece una colorazione rosso vino, leggermente violetta: si fa tosto bruna se si aggiunge una minima quantità di HCl. L'Autore conclude da ciò che l'acido del succo gastrico non è acido cloridrico, ma più verosimilmente acido lattico.

Ueber den bei der almählichen Zersetzung des Fibrins durch Pancreasferment gleichzeitig stattfindenden Oxydationsprocess; (Sul processo di ossidazione che accompagna la scomposizione della fibrina causata dal fermento pancreatico), von G HÜFNER. (*Journal f. pratische Chemie*, 1874).

L'Autore si propone in questo lavoro di vedere se nella digestione e scomposizione delle sostanze albuminoidi per opera dei succhi digerenti vi ha produzione di gas indipendentemente dall'azione di animali inferiori. A tal uopo mette a contatto in un apparato speciale, il fermento preparato dall'estratto glicerico del pancreas di bue con della fibrina sospesa nell'acqua, in modo da escludere la presenza di bacterj.

L'analisi gasometrica del gas sviluppatosi, ed estratti colla pompa a mercurio mostrò la presenza di azoto e di acido carbonico la cui quantità raggiunse perfino la cifra di 85 0[0.

L'ossigene era interamente scomparso. Nella digestione pancreatica si consuma dell'ossigene e si produce dell'acido carbonico, il quàle ultimo è l'effetto dell'azione del fermento sulla fibrina. Non potè trovare mai nella miscela gazosa l' idrogene ed il gas delle paludi.

Ueber die bei künstlicher Pancreasverdaung auftretenden Gase; (Sui gas che si producono nella digestione pancreatica artificiale) von A. Kunkel. (*Würzb. Verhandl.* VIII. 1874).

A risultati diversi da quelli sopraccennati di Hüfner sarebbe giunto l'Autore in queste sue ricerche. Egli trovò nella miscela gazosa: CO_2, H, H_2 S, N e CH_4, cioè tutti i gas che si trovano anche nell' intestino. Secondo l'Autore l'azoto non deriverebbe da quello dell' aria esistente come assorbita nel liquido, ma da un processo di divisione delle sostanze albuminoidi. L'ossigene mancò sempre in tutte le esperienze istituite.

Bildung von Asparaginsâure bei der Pancreasverdaung; (Formazione d'acido asparaginico nella digestione pancreatica) von S. Radziejewski u. E. Saltowski. (*Ber. der deutschen chem. Ges.* 1874).

Gli Autori trovano che durante l'azione del fermento pancreatico sulla fibrina si forma l'acido asparaginico, il quale venne da essi precipitato dall'estratto alcoolico colla barite e poi combinato al rame. L'analisi confermò l'esistenza dell'acido in discorso.

Experiments on the action of bile in promoting the absorption of fats; (Esperimenti sull'azione della bile nell'assorbimento dei grassi) per H. Charles Williams. (*Centralblatt f. die méd. Wiss.* 1874, 51).

Questi esperimenti sono una ripetizione di quelli di Wistinghausen, intesi a stabilire quali sostanze favoriscono il passaggio di olio attraverso membrane da quelle impregnate. I risultati ottenuti furono che l' olio passa prestissimo attraverso a pergamena vegetale quando è secca, meno presto se è umettata con bile, e più lentamente ancora se umettata con acqua semplice. L'alcalinità del liquido che imbeve la membrana facilita il passaggio dell'olio attraverso ai pori capillari; l'acidità invece lo rende difficile.

Du rôle du gaz dans la coagulation du sang; par E. Mattieu et V. Urbain. (*Comtes rendus*, 1874).

Gli Autori partono dall'idea che la fibrina si trovi nel sangue preformata e che si separi semplicemente per la coagulazione. Secondo gli Autori la coagulazione sarebbe prodotta dalla combinazione della fibrina coll'acido carbonico. Se si sottopongono all' evacuazione colla pompa due porzioni di sangue raccolte direttamente dall'arteria, una prima ed una dopo la coagulazione, si trova che la prima dà una maggiore quantità di acido carbonico.

Il sangue spogliato del suo acido carbonico non coagula, coagula invece immediatamente se in esso si fa passare una corrente di CO_2. Gli Autori avrebbero inoltre osservato che il sangue di alcune vene, specialmente delle emulgenti coagula più difficilmente. Questo sangue contien poco CO_2 che invece è passato nell'orina. Partendo da questo fatto gli autori legarono un pezzo di intestino ad un' arteria e vi lasciarono entrare il sangue. Questo rimaneva liquido se veniva mantenuto in movimento (per diffusione di CO_2). Il sangue venoso conte-

rebbe secondo gli Autori più ammoniaca dell'arterioso e perciò coagula più lentamente. La fibrina del sangue ottenuto collo sbattimento del medesimo dà, trattato cogli acidi e sottoposta al ramo vuoto pneumatico dell'acido carbonico. Gli alcali ritardano la coagulazione appunto perchè sottraggono l'acido carbonico. Anche i sali neutri ritardano la coagulazione come il solfato di soda; ma gli Autori avrebbero trovato che questi sali assorbono CO_2 e non lo cedono nel vuoto. Questa proprietà cessa col diluire la soluzione, e perciò coagula trattato coi sali se viene diluito.

Dell'alcalescenza del sangue; per O. Lassar. (*Pfluegers Archiv. f. d. Ges. Physiologie IX*, 1874).

L'Autore ha istituite le seguenti ricerche per vedere se per l'ingestione di acidi diminuisce il grado di alcalinità del sangue. Onde determinare dapprima questo grado seguì l'Antore il metodo di Zuntz, colla differenza che invece dell'acido fosforico, adoperò l' acido tartarico, perchè questo non dà luogo alla formazione di sali amfoteri, e quindi la fine della reazione si presenta più distinta.

A foraggio ordinario (patate, fieno, ecc.) 100 grammi di sangue di conigli tedeschi contengono 146,3 milligrammi di soda libera (calcolata come soda caustica). L'alcalinità del sangue non si altera somministrando agli animali un foraggio, per il quale vengono eliminate orine acide. Ma se insieme si inietta nello stomaco degli animali sottoposti alle ricerche acido solforico diluito (giornalmente 0,245 gr. di acido solforico in 25 m.c. di HO) allora l'alcalinità del sangue subisce una diminuzione, che procede parallelamente al trattamento dell'animale coll'acido. — In 14 ricerche la quantità della soda contenuta nel sangue discese da 146,3 milligr. fino a 106,1-72,0 milligr. per ogni 100 grammi di sangue. In altre due ricerche fatte con due grossi conigli francesi, la quantità della soda discese da 164,5 a 110,2-85,9 milligr. Simili risultati ottenne l' Autore anche da ricerche istituite su gatti, su cani e sopra una pecora.

I risultati di tutte queste esperienze dimostrano che il sangue cede dell'alcali per la neutralizzazione dell'acido ingerito. La diminuzione del grado di alcalinità è però piccola relativamente alle quantità di acido impiegato; imperocchè se queste nei cani e nei gatti avessero preso tutto l'alcali disponibile sarebbero state più che sufficienti per rendere acido l'intero animale. L'organismo deve avere delle funzioni regolatrici, che valgono a mantenere l'equilibrio fra gli acidi e le basi. Non si può ancora dire se le piccole quantità di acido finora impiegate possano avere per la diminuita alcalescenza del sangue un effetto terapeutico.

Ueber die Zusammensetzung und das Schicksal der in das Blut eingetretenen Nährfette. (Sulla composizione e sulla destinazione dei grassi alimentari entrati nel sangue); von A. Rohrig. (*Sachs. acad. Sitz. Ber. 1874. Centralblatt. f. d. Med. Wiss. 1875, N. 26*).

Dalle ricerche dell'Autore risulta:

1.° Che è erronea l'asserzione che nel sangue si contengano dei saponi mentre vi si trovano dei sali di calce. Infatti aggiungendo allo siero una soluzione di sapone, si forma tosto un precipitato cristallino di un sapone di calce. Anche la ricerca diretta dei saponi nello siero diede risultati negativi.

2.° Che la quantità del grasso nel sangue (dei cani) dopo molti giorni di una buona alimentazione è di 0,5 a 0,7 c. c., e può essere accresciuta con alimentazione grassa fino 1,25 per 100.

La quantità del grasso diminuisce in seguito alla legatura del dotto toracico, dapprima rapidamente poi lentamente. La massima perdita di grasso dell'intiera quantità di sangue di un grosso cane ammonta per ogni ora a circa 1,5 grammo, cioè a 0,15 per 100. Il grasso lascia il sangue forse non senza subire qualche alterazione; per ciò parlerebbe la costanza della quantità della colesterina, ed il fatto che i linfatici della estremità non contengono grasso.

L'Autore suppone che i grassi vengano nel sangue direttamente ossidati con formazione di CO_2.

Sulla formazione del glicogene nel fegato; per B. Luchsinger. (*Archiv f. dei Gesammte Physiologie von Pflueger Bd. VIII*, p. 289).

Pary, Tscherinow, Dock hanno opinato che il glicogene si possa formare direttamente nel fegato dallo zuccaro introdotto, considerando quella sostanza come un anidrile del glucosio formatosi per sintesi, con uscita d'acqua, dalle molecole dello zucchero. (Ipotesi della formazione dell'anidrile). Più tardi, Weiss in base alle ricerche, da lui istituite colla glicerina, ha espresso l'opinione, che nelle ricerche dei summenzionati Autori il glicogene non si sia formato dallo zucchero, ma che lo zucchero stesso, forse, e certamente i suoi prodotti di metamorfosi, abbiano, come sostanze facilmente ossidabili, difeso dalla ossidazione il glicogene derivato da altre fonti. e reso possibile un accumulamento di esso nel fegato (ipotesi del risparmio). Weiss appoggia la sua dottrina sul fatto che in seguito ad injezione di glicerina nello stomaco, aumenta la quantità di glicogene del fegato.

Siccome Weiss non ha esperimentato con altre sostanze facilmente ossidabili, ciò che sarebbe stato necessario, essendo la glicerina nella sua chimica costituzione molto vicina allo zucchero, per cui è possibile la sua trasformazione in questo, nell'organismo, così l'Autore intraprende una serie di ricerche sopra dei polli e dei conigli onde stabilire quali delle due ipotesi sia la più conforme al vero.

Il metodo impiegato consiste nel somministrare dapprima agli animali della carne sminuzzata per 2 o 3 giorni, poi altri 4 o 5 della fi-

brina ben dilavata e trattata con una soluzione di cloruro di sodio, ed infine nel somministrare le sostanze sulle quali devonsi istituire le ricerche. Al principio ed alla fine di ogni trattamento gli animali vennero pesati; la quantità del glicogene contenuto nel fegato venne determinata col metodo di Bruecke.

Dalle ricerche fatte risulta che la quantità del glicogene, scompare dal fegato fino alla rimanenza di piccole traccie per la dieta azotata suaccennata.

La quantità del glicogene diventa invece considerevole se prima della fine della ricerca si injettano nel tubo digerente dello zucchero o della glicerina. Questa maggiore quantità deve riguardarsi come neoformata. Il glicogene prodottosi per l'injezione della glicerina è uguale a quello che si forma per l'injezione di zucchero, inquantochè presentano amendue lo stesso grado di rotazione specifica all'apparato di polarizzazione. Esaminati contemporaneamente i muscoli col metodo di Bruecke, in rapporto al glicogene, l'Autore trovò che se anche per lungo tempo non si somministrano all'animale degli idrocarburi cogli alimenti, si trovano tuttavia nei muscoli del pollo grandi quantità di glicogene, mentre è scomparso quello del fegato. Anche nel coniglio digiunante l'injezione di glicerina nel tubo digerente produce aumento della quantità del glicogene del fegato, come anche comparsa di glicogene nei muscoli, nei quali l'Autore non potè mai troncare tracce di glicogene, contrariamente a quanto avrebbe osservato nei muscoli dei polli messi a digiuno.

Deve ora la glicerina servire come mezzo onde risparmiare dalla ossidazione il glicogene, essendo quella sostanza più facilmente ossidabile di questa, allora anche le injezioni sottocutanee di glicerina dovrebbero avere lo stesso risultato.

Un'esperienza istituita sul coniglio in questo senso dall'Autore mostra invece, che l'injezione sottocutanea di glicerina non produce aumento della quantità di glicogene, non avendone trovato dopo l'operazione che tracce nel fegato, e punto nei muscoli. Questo fatto è evidentemente contrario all'ipotesi del risparmio.

L'Autore istituì delle ricerche con dei grassi.

L'injezione di questi in animali tenuti alla dieta accennata, non produce aumento della quantità di glicogene nel fegato; secondo l'ipotesi del risparmio ciò può dipendere dall'essere i grassi sostanze meno facilmente ossidabili del glicogene e dello zucchero.

Un'altra serie di ricerche furono fatte invece con sostanze facilmente ossidabili, come l'acido lattico, l'acido tartarico.

Il lattato di soda injettato non diede luogo ad aumento del glicogene del fegato; il risultato negativo però può dipendere da ciò che l'injezione di questa sostanza produceva grave malessere che poteva essere anche la causa della non avvenuta produzione di glicogene. —

Il tartrato di soda injettato in un pollo non produsse glicogene nel fegato, nel mentre si trovava in grande quantità nei muscoli.

Partendo invece dall'ipotesi della formazione di anidrile l'Autore cerca se altre specie di zuccheri sono capaci di dare altri glicogeni, i quali per opera di fermenti saccaerificanti sieno capaci di farli dividere nei loro generatori.

Le esperienze istituite con Mannite, non diedero risultati soddisfacenti. L'injezione di zucchero lattico nel tubo digerente produsse una piccola, e quella di inulina produsse una rilevante quantità di glicogene nel fegato e nei muscoli. Questo fatto se è favorevole all'ipotesi di Weiss, non è neppure contrario a quella della formazione di Anidrile.

Dalle ricerche dell'Autore risulta, che ad eccezione della glicerina, aumentano la quantità del glicogene nel fegato solo quelle sostanze che appartengono al gruppo degli idrocarburi. L'injezione di altre sostanze facilmente ossidabili non ha alcuno effetto sulla produzione del glicogene. A proposito della glicerina l'Autore non crede come Weiss che sia tanto impossibile la trasformazione della glicerina in zucchero, e ritiene che la glicerina aumenta la quantità del glicogene del fegato, non già perchè abbrucia facilmente e risparmia così il glicogene, ma perchè evitando in parte almeno l'ossidazione, raggiunge nel corpo un organo, che rende possibile la sua trasformazione in zucchero.

L'Autore si pronuncia quindi per una diretta origine del glicogene dagli idrati di carbonio e dalla glicerina, introdotti nell'organismo.

Questa dottrina non è in contraddizione con alcun fatto conosciuto, mentre l'ipotesi di Weiss non è in grado di spiegare perchè l'introduzione di lattato o tartrato alcalino, e l'injezione sottocutanea di glicerina non producono raccolta di glicogene nel fegato, e perchè lo zuccherò, produce in animali anche ben nutriti un accumulo di glicogene nel fegato maggiore, che non le sostanze più facilmente ossidabili.

Sulla formazione di pigmento biliare dalla sostanza colorante del sangue nel corpo animale; per J. F. Tarchanoff. (*Archiv. f. d. Gesammte Physiologie, ect. I. Heft, 1874*).

L'Autore in questo lavoro cerca di provare contro le asserzioni di Naunyn e Steiner la formazione ematogena dei pigmenti biliari.

M. Hermann ha mostrato che dopo un'injezione di acqua la quale scioglie i globuli sanguigni nelle vene giugulari si trova nell'orina una certa quantità di pigmenti biliari, riconoscibile per mezzo della reazione di Gmelin, come avviene anche in seguito alla injezione di acidi biliari (Kuhne) oppure alle inalazioni di cloroformio. Secondo le più recenti ricerche di Naunyn invece, nè l'injezione di soluzioni di globuli sanguigni, nè l'inalazione con acido arsenidrico (le quali fanno disciogliere i globuli sanguigni nel sangue circolante) produrrebbero un passaggio nelle orine dei pigmenti biliari. Così pure le ricerche di

Steiner mostrerebbero che le injezioni di piccole o grandi quantità di acqua nei vasi sanguigni di conigli non danno luogo alla presenza nell'orina delle sostanze coloranti della bile.

L'Autore ripete quindi le esperienze di Naunyn e di Steiner usando però tutte quelle precauzioni che questi osservatori trascurarono nelle loro ricerche. L'orina venne direttamente raccolta da una cannula messa negli ureteri; le sostanze coloranti biliari che per avventura potevano trovarsi in questo liquido furono isolate precipitandole col fosfato e carbonato di calce, e disciogliendole poi nell'acido acetico.

La soluzione injettata nella giugulare dai cani sottoposti agli esperimenti era di cristalli di emoglobina di cane spoglia affatto da metemoglobina. Siccome si vuole che le orine del cane apparentemente normali possano qualche volta contenere anche dei pigmenti biliari, che questi possano presentarsi pel digiuno dell'animale, oppure in seguito a chirurgiche operazioni, così gli animali prima dell'operazione veunero alimentati abbondantemente con carne, poi venne constata la mancanza di pigmenti biliari nell'orina raccolta in porzioni durante 1 o 2 ore dopo l'operazione e prima dell'injezione di emoglobina. Dalle ricerche ora, che l'Autore ha istituito usando le accennate precauzioni risultò, che dopo l'injezione della soluzione di emoglobina le orine assumono dapprima un colore rosso sanguigno, che si fa sempre più intenso per poi scomparire nelle porzioni di orina successivamente raccolte e lasciar posto infine ad un colore giallo-verde di bile. Le prime porzioni di orina contengono la sostanza colorante del sangue, le ultime invece quelle della bile che diedero coll'acido nitrico la reazione di Gmelin in modo evidentissimo. Adunque l'injezione di soluzioni di emoglobina dà luogo alla coluria; non i pigmenti biliari che si trovano nell'orina non solo soltanto il risultato dell'azione dell'acqua sul sangue, ma in gran parte sono il prodotto della metamorfosi dell'emoglobina injettata.

Secondo l'Autore i risultati negativi di Steiner dipendono dal metodo impiegato nelle ricerche, per cui a quest'ultimo passò probabilmente inosservata la presenza delle sostanze coloranti della bile nelle orine.

Dalle ricerche dell'Autore infine risulta ancora che per l'injezione di soluzioni di emoglobina si verifica: 1.° un aumento della quantità della bile secreta, per aumento dell'acqua; 2.° un aumento nella quantità dei pigmenti contenuti nella bile.

Zur Kenntniss der Gallenfarbstoffbildung. Sulla formazione del pigmento biliare; per J. F. Tarchanoff. (*Archiv. f. die Gesammte Physiologie B. Heft, 1874*).

Le ricerche di Schiff hanno dimostrato che il fegato ha la facoltà di togliere al sangue gli acidi biliari assorbiti nell'intestino e di passarli nuovamente nella bile. L'Autore in questo lavoro si propone di vedere se il fegato gode di una simile proprietà anche rispetto alle

sostanze coloranti della bile. Da una ricerca già prima istituita (vedi il lavoro surriferito) risultò che l'injezione di emoglobina nel sangue produce un aumento di formazione della bile con aumento della quantità dell'acqua e di quella dei pigmenti biliari. Una serie di ricerche ulteriormente istituite confermarono questo importante risultato. Coloro i quali credono che i pigmenti biliari vengono formati dal fegato, spiegano il fatto dell'aumento nella produzione delle sostanze coloranti della bile ammettendo che per l' accresciuta introduzione di emoglobina il fegato aumenta la sua attività. Una tale spiegazione non si può dire erronea attese le nostre scarse cognizioni riguardo alle cause della secrezione biliare; però se ne può dare un' altra la quale non è certo meno giustificata; si può ammettere cioè che la sostanza colorante della bile formatasi nel sangue a poco a poco viene presa dal fegato e data alla bile.

Questo processo sembra tanto più verosimile in quanto avrebbe luogo un analogo processo nella secrezione degli acidi biliari. Quanto fondata sia una tale ipotesi risulta poi dall' esperimento dell' Autore sul quale injettando una soluzione di bilirubina nel sangue aumenta nella bile la quantità dei pigmenti biliarii.

Ora siccome è provato che si possono formare i pigmenti biliari anche fuori del fegato, e siccome quest'organo ha la facoltà di togliere al sangue le sostanze coloranti della bile ed eliminarli con questo secreto, così è molto probabile che i pigmenti biliari si formino nel sangue e passino poi per mezzo del fegato nella bile. Perciò nell'itterizia ematogene non si ha tinzione dei tessuti fintantochè per mezzo della bile può effettuarsi una sufficiente eliminazione di materie coloranti, mentre d'altra parte questa tinzione può subito manifestarsi non appena è ostacolata, anche in minimo grado, la secrezione biliare.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Nahrung auf Sauerstoffverbrauch und Kohlensäure ausscheidung des Menschen. Ricerche sperimentali circa l'influsso dell'alimentazione sul consumo dell'ossigene e sulla eliminazione di acido carbonico nell' uomo; von C. Speck. (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1874*).

In una serie di ricerche fatte sopra sè stesso l' Autore esamina il processo respiratorio nello stato di digiuno, al mattino, poi immediatamente prima del desinare e una mezz'ora ad un'ora dopo lo stesso. In media nella prima determinazione il consumo dell' ossigene in un minuto fu di 0,420 gr., nella seconda di 0,444 gr. e nella terza, fatta cioè dopo il pasto, di 0,526 gr.; l'eliminazione di acido carbonico fu nel primo caso di 0,499 gr., nel secondo di 0,528 gr. e nel terzo di 0,628. Posto l'ossigene consumato = 1000, la quantità di esso ricomparso nell'acido carbonico è nei tre casi di 864, 865, 869. Essendo queste differenze trascurabili, risulta dal suesposto che la qualità del processo respiratorio, ossia il rapporto fra l'ossigene e l'acido carbonico, non viene alterata dalla introduzione d'alimenti; mentre si altera la quan-

tità dell'ossigene assorbito e dell'acido carbonico esalato, aumentando essa dopo il desinare di circa 25 per 100 rispetto al mattino. La frequenza della respirazione non cresce rimarchevolmente, cresce invece la profondità. Calcolando dall'assorbimento di ossigene le calorie prodottesi, si trova che vi ha dopo il pasto un aumento nella produzione di calore di circa 0,2°'

In un'altra serie di ricerche l'Autore esamina l'influsso della qualità degli alimenti sul processo respiratorio.

Per cinque giorni prese per cibo, carne, uova e simili, e dopo una pausa di 8 giorni, per altri cinque giorni solo amidacei e verdure. La quantità dell'urea eliminata nel primo caso fu di 52,6 gr. al giorno, nel secondo di 25,04 gr.

L'assorbimento dell'ossigene in un minuto durante l'alimentazione carnea fu di 0,465 gr. durante l'amidacea di 0,479 gr.

L'introduzione dunque di albuminati non accresce il consumo di ossigene.

L'eliminazione di CO_2 fu nel primo caso di 0,518, nel secondo di 0,642; e quindi nel primo sopra 1000 gr. di ossigene ricomparvero solo 811 gr. nell'acido carbonico espirato, nel secondo invece 973 gr.; nell'alimentazione amidacea fu quindi il 18,9 per 100 dell'ossigene assorbito che servì alla ossidazione dell'idrogene. Riguardo alla quantità di calore sviluppato risulta da calcoli fatti che nell'alimentazione ricca di albuminoidi si sviluppano 1516 calorie al minuto, nell'alimentazione amidacea 1400. — Il lavoro meccanico produce un aumento nel consumo dell'ossigene di 0,0055 per ogni chilogrammetro e nella eliminazione di CO_2 di 0,0094.

Ein Beitrag zur Physiologie der Muskelathnung. Contributo alla fisiologia della respirazione muscolare; von B. Danilewsky. (*Centralblatt. f. d. Méd. Wiss., 1874, 46*).

È un fatto dimostrato che nei muscoli in azione vi è un aumentato impiego di ossigene; sul significato però di questo aumento come anche in generale sul valore dell'assorbimento dell'ossigene a favore dell'attività muscolare le opinioni dei fisiologi non vanno punto d'accordo.

Per risolvere una sì importante questione l'Autore istituì nel laboratorio del prof. Sczelkow in Charkow una serie di ricerche i cui risultati sarebbero i seguenti:

1.° Che un muscolo tetanizzato in confronto di uno posto passivamente in movimento elimina più acido carbonico, ma assorbe meno ossigene.

2.° Che la quantità dell'acido carbonico eliminata dal muscolo tetanizzato in confronto di quello mosso passivamente è tanto più piccola quanto più elevata è la temperatura.

Ciò dipende secondo l'Autore dal fatto che a temperatura elevata la rigidità cadaverica in un muscolo esportato dall'animale incomincia

più presto che a temperatura bassa, per cui diminuisce la differenza fra la quantità dell'acido carbonico eliminato dal muscolo tetanizzato e quella del muscolo mosso passivamente.

3.° L'assorbimento dell'ossigene del muscolo in azione è minore di quello del muscolo mosso passivamente. Da ciò risulta che l' assorbimento dell'ossigene non sta in diretto rapporto col processo della contrazione muscolare. L'essere maggiore l' assorbimento nel muscolo mosso passivamente, si spiega perciò che questo viene messo maggiormente e più costantemente a contatto di nuovi strati d' aria che non il tetanizzato. Siccome l'ossigene in questo non produce un relativo aumento nella quantità di CO_2 eliminato così si deve credere che il processo della produzione di CO_2 (e della forza muscolare) non è dipendente dal contemporaneo assorbimento dell'ossigene. I due fattori della respirazione sono dunque, entro certi limiti, indipendenti l' uno dall'altro; e bisogna ammettere che il muscolo può farsi una grande provvisione di ossigene e conservarla nel suo plasma, senza eliminarlo iu forma di CO_2. Colla temperatura cresce anche l'assorbimento dell'ossigene nel muscolo attivo.

L'attività muscolare è accompagnata da sviluppo di potere riducente del muscolo il che dipende da consumo della provvisione d' ossigene.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Milch. Contributo alla conoscenza del latte; von Al. Schmidt. (*Dorpat, 1874, Centralblatt f. d. Med. Wiss, 1875, N. 19*).

In questo lavoro l'Autore si occupa della preparazione della caseina pura, poi della coagulazione spontanea del latte e di quella prodotta dal presame.

Per la preparazione della caseina il latte viene diluito con cinque volumi d'acqua, poi inacidito con acido acetico; la caseina precipitata, lasciata e sospesa nell' acqua viene disciolta colla soda; la soluzione filtrata e trattata con etere per liberarla dal grasso viene finalmente sottoposta alla dialisi.

Filtrata dopo 24-30 ore si ottiene un liquido completamente chiaro, di reazione neutra ad onta della soda contenuta, nel quale trovasi la caseina disciolta e che viene precipitata pura mediante l'acido acetico. La caseina così ottenuta è insolubile nell'acqua e nel latte, essa viene disciolta solo per mezzo di certe sostanze azotate organiche. Infatti se si sottopone del latte alla dialisi per 30 a 36 ore la caseina non precipita, quantunque sieno stati tolti completamente i sali solubili e lo zucchero, rimanendo solo il fosfato di calce e magnesia. Prolungando la dialisi per un tempo maggiore, allora la caseina precipita, e nel diffusato del latte, evaporato si trovano delle sostanze azotate, oltre una piccola quantità di albumina. Mettendo della caseina preparata nel modo suindicato nel diffusato del latte essa si scioglie completamente. Anche la caseina coagulatasi spontaneamente nel latte si scioglie fa-

cilmente nel diffusato concentrato, mentre invece quella precipitata dal presame rimane insolubile.

La coagulazione spontanea del latte dipende dall' inacidimento del medesimo per trasformazione dello zucchero in acido lattico. Questa trasformazione viene operata da un fermento. Se si precipita del latte depurato colla dialisi mediante alcool, si lascia a sè per due giorni, poi si essica il coagulo nel vuoto, e lo si estrae quindi con acqua, si ottiene un liquido il quale mantiene per molti giorni una reazione neutrale, ma inacidisce in poche ore una soluzione di zucchero di latte colla quale viene messo a contatto.

Sul latte fresco, l'efficacia del fermento non viene levata per mezzo della ebollizione ma solo indebolita; è noto che il latte bollito inacidisce più tardi di quello non bollito.

Riguardo alla coagulazione del latte per mezzo del presame l'Autore sarebbe venuto agli stessi risultati di Heintz, che cioè contrariamente alla opinione di Soxhlet, la coagulazione della caseina per opera del presame succede anche a reazione alcalina e che quindi non è l'effetto della produzione di acido lattico. A reazione alcalina la coagulazione avviene ad una temperatura alquanto più elevata che non a reazione acida; perciò l'acido favorisce la coagulazione, ma non è una condizione *sine qua non* perchè la coagulazione avvenga. La caseina precipitata dal presame possiede proprietà diverse da quella precipitata dagli acidi; essa è insolubile nel diffusato del latte, e difficilmeute solubile nella soda e nell'acido a cetico. L'azione del presame si manifesta anche sul latte che per mezzo della dialisi venne spogliato di tutto lo zucchero di latte, come anche sopra soluzioni pure di caseina nella soda. Lo zucchero di latte non prende quindi parte al processo di coagulazione della caseina per opera del presame.

Versuche über den Vorgang der Harnabsonderung. Ricerche sul processo di secrezione delle orine; von R. Heidenhain. (*Archiv. f. die Ges. Physiol.*, *1874*).

I risultati di queste ricerche combattono l'ipotesi di Ludwig sul processo di secrezione dell'orina. L'Autore trovò, iniettando dell' indigosolfato di soda nella giugulare di un coniglio nel quale venne impedita la secrezione acquea nelle capsule di Malpigdi (o col taglio del midollo spinale, o colla legatura dell'uretere), che, mentre i glomeruli rimanevano nel rene dell'animale ucciso, scolorati, i tubuli contorti e le anse di Henle si mostravano affatto pieni di pigmento il quale trovavasi tanto nel loro lume come nelle cellule epiteliali. Ciò mostra come l'intiero processo della secrezione orinaria non dipenda, come si ammette nell'ipotesi di Ludwig da un processo di filtrazione attraverso ai glomeruli; poichè tolta l'attività di questi completamente, funzionano sempre le cellule epiteliali dei tubuli contorti e delle anse di Henle, le quali cellule appropriandosi il pigmento injettato nel sangue, ed

eliminandolo nel lume dei canalicoli, danno luogo ad un vero processo di secrezione.

Einfache Darstellung von Harnfarbstoff aus Blutfarbstoff. Facile preparazione del pigmento dell' orina dal pigmento del sangue ; von F. Hoppe Seyler. (*Ber. d. Deutsch. chem. Gesellsch. VII, Centralblatt. f. Med. Wiss. 1875. N. 15*).

Già da tempo l'Autore ha osservato che trattando una soluzione alcoolica di ematina con stagno ed acido cloridrico (cioè sottoponendola ad una riduzione) si produce una sostanza che gode di proprietà caratteristiche. L'Autore ora ha trovato che questa sostanza è identica coll'idrobilirubina di Maly od urobilina di Jaffe.

L'emoglobina stessa trattata nel modo suindicato dà la medesima sostanza; e da ciò risulta che l'urobilina è un prodotto di divisione della sostanza colorante del sangue, alterato per riduzione, e che la bilirubina e la biliverdina sono prodotti intermedj di questa trasformazione. Con questa importante scoperta viene dimostrata la derivazione di queste sostanze dal pigmento del sangue, già da lungo tempo supposta. La quantità dell'urobilina eliminata in una determinata unità di tempo costituisce una misura della distruzione dei globuli rossi.

Beiträge zur Kenntniss der Bildung des Harnstoffs im thierischen Organismus. Contribuzioni alla conoscenza della formazione dell' urea nell'organismo animale; von W. V. Knieriem. (*Zeitschr. f. Biol. X. 1874*).

Dalle ricerche istituite dall'Autore sopra un cane e sopra sè stesso risulta che l'introduzione nello stomaco di sale ammoniaco produce un aumento nella quantità dell'urea nelle orine. Quest' aumento dell' urea non sarebbe prodotto da una accresciuta scomposizione delle sostanze albuminoidi, perchè le determinazioni fatte della quantità dell' acido solforico non mostrarono un aumento di questa sostanza nell'orina del cane in seguito alla somministrazione del sale ammoniaco.

Analoghe ricerche furono anche dall'Autore istituite coll'acido asparaginico e coll'asparagina. Queste sostanze somministrate ad un cane produssero un considerevole aumento nella quantità dell'urea delle orine corrispondente alla quantità delle sostanze somministrate all' animale.

Contrariamente quindi alla dottrina di Schultzen e Nencki, della inalterabilità degli amidi nell'organismo, poichè specialmente l'asparagina, venne tutta trasformata in urea.

Zur Lehre von den Vorstufen der Harnstoff. Sulla dottrina della formazione dell'urea; von B. Küssner. (*Inaug. Diss. 1874. Centraiblatt. f. d. Med. Wiss. 1G75, N. 14*).

Non avendo le ricerche di Schultzen e Neuiki dato alcun risultato sicuro circa la produzione dell'urea in cani alimentati con tirosina, l'Antore ripete le esperienze, parimenti sopra cani, nei quali fu determinata prima la quantità d' urea, secreta colle orine prima e dopo la somministrazione della tirosina. Le ricerche dell'Autore diedero come

costante risultato che la ingestione della tirosina non produce aumento nella quantità dell'urea secreta dall'animale. L' Autore suppone che la tirosina venga nell'organismo scomposto con formazione di acido lattico.

Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Eiweiszersetzung im menschlichen Organismus. Sull'influsso del lavoro muscolare sulla scomposizione degli albuminati nell'organismo dell'uomo; von D. SCHENCK. (*Arch. f. exp. Patol., 1874, II*).

Dalle ricerche istituite dall'Autore sopra sè stesso risulta confermato il fatto già osservato che fra la secrezione dell'urea ed il lavoro muscolare non vi è alcun rapporto, imperocchè la quantità dell' urea emessa colle orine nei giorni di lavoro non fu maggiore di quella emessa nei giorni di quiete, o se pure si presenta un aumento, questo non era punto in rapporto colla quantità del lavoro prestato.

ANALISI BIBLIOGRAFICA

Trattato teorico pratico di Balneoterapia e di Idrologia medica; *per il cav.* PLINIO SCHIVARDI, *ecc. Milano* 1875. *Un volume in* 8° *di* 490 *pagine con figure nel testo. Sunto bibliografico del dott.* CARLO ZUCCHI.

L' idrologia medica dei tempi moderni è degnamente rappresentata in Italia da una bella raccolta di memorie e studi sulle acque potabili e da una ricca collezione di lavori sopra le nostre numerose sorgenti minerali. L' opera grandiosa ideata dall' illustre senatore, conte Luigi Torelli, *Le acque potabili del Regno d'Italia*; se fosse stata condotta a compimento, avrebbe dato un grande eccitamento ad approvvigionare luoghi abitati e grandi città di abbondanti e buone acque potabili. Le descrizioni generali delle fonti minerali italiane del Paganini, del Garelli, del Jervis, del Perone, del Marieni; la Statistica delle acque minerali pubblicata dal Ministero di agricoltura, industria e commercio, e sopratutto la *Guida alle acque minerali, ai bagni, agli stabilimenti idroterapici d'Italia* dello stesso Schivardi, della quale possediamo ora una elegante seconda edizione riveduta e quasi raddoppiata di mole, contribuiranno a diffondere la conoscenza delle nostre ricchezze idrologiche e ad utilizzarle a beneficio degli ammalati, col circondarle di tutti quelli amminicoli e comodi necessari a renderle salutari e ricreanti.

Un tentativo di raccogliere in un libro le dottrine che si riferiscono all'idrologia medica e le notizie topografiche delle più rinomate sorgenti minerali d'Europa fu fatto tra noi dal dottore Pietro Lichtenthal, nella sua opera di un solo volume stampato a Novara nel 1838. Ne riportiamo qui il titolo per intiero, perchè riassume fedelmente il contenuto: *Idrologia medica, ossia l' acqua comune e l'acqua minerale, loro natura, uso dietetico e medicinale con una compendiata descrizione de'bagni di alcuni popoli antichi e moderni, una generale enumerazione delle note sorgenti minerali europee colle essenziali proprietà loro, ed una speciale esposizione fisico-chimico-medica delle più rinomate acque medicate, dei bagni, fanghi, ed instituti balneari d'Europa.*

Collo stesso intento, ma sopra più vasto ed ordinato disegno, l'esimio Autore del *Trattato teorico-pratico di Balneoterapia*, che imprendiamo ad esaminare, proponevasi di esporre « tutto ciò che la Idrologia scientifica in oggi insegna, tutto ciò che l' esperienza di tanti cultori della scienza ha raccolto e confermato; che indichi al pratico le regole generali delle applicazioni idro-minerali all'organismo, mostri le qualità speciali di cui natura ha provvisto certe acque, le loro particolari indicazioni nella cura dei vari morbi, il partito che l'arte e l'industria ne possono trarre, e i risultati veri e reali che se ne ebbero, senza fare l'apologia di alcun luogo di bagni. »

L'opera è divisa in tre parti. La prima tratta della balneoterapia in generale, ossia dei bagni di tutti i popoli e vi si svolgono i principi elementari; la seconda comprende il materiale scientifico pratico della balneoterapia nel più lato senso della parola; nella terza parte stanno riunite la balneotecnica e la legislazione.

Nella prima parte premette l'Autore alcune nozioni fisiche e chimiche dell'acqua sotto le tre forme di solida, liquida e di vapore. Chiama ancora buona un' acqua potabile che contenga fino ad un grammo di materie fisse. Dato che questa proporzione sia riferibile ad un litro di acqua, noi invece crediamo colla maggior parte degli igienisti di chiamare buona un' acqua potabile, quando contenga da 1 a 3 dieci millesimi di principii fissi.

Passando ai bagni ci porge una concisa e chiara descrizione dei bagni presso i Greci ed i Latini, seguìta da importanti cenni storici ed aggiungendovi la pianta di quel prezioso esemplare di bagno romano che si ammira negli scavi di Pompei e che in modeste proporzioni presenta tutte le forme di quelle suntuose costruzioni. Ci informa dei metodi usati dai Russi, dai Turchi e dagli Indiani nel praticare i loro bagni. Ricorda il culto degli antichi per le fonti mi-

nerali, presso le quali i Greci erigevano templi ed i Romani grandiose terme o vasti locali, ovunque ne incontravano nelle lontane provincie; la decadenza e la rovina dei bagni pubblici al tempo dei Papi e delle invasioni dei barbari; lo spregio dei cristiani per il culto pagano delle fonti, spregio però, noi aggiungiamo, che nei primi secoli dell'era cristiana veniva tratto tratto rinforzato da leggi penali severissime contro coloro che avevano ancora in somma venerazione alcune fonti (Legge XXX lib. VI di Liutprando). Gli scrittori del medio evo, narra l' Autore, mantennero il silenzio sull' uso medico dei bagni e delle acque minerali ed un primo studio su di tale argomento apparve nel 1348 ad opera di Gentile da Foligno, cui seguirono, nel 1450 la grande opera di Giovan Michele Savonarola: *Dei Bagni e delle Terme naturali dell'Italia e del resto del mondo* e l' altra pure colossale del Baccio, *De Thermis etc.*, *Libri septem*, Venezia 1571. I crociati però ritornati dall' Oriente continuarono in patria il costume del bagno, e si riedificarono dei bagni pubblici.

Rispetto all'azione fisiologica dei bagni, l'Autore fa notare la diversa sensazione di caldo e di freddo che noi proviamo ad eguale temperatura nell'aria o nell'acqua a cagione della diversa loro densità, gli effetti varî secondo la loro temperatura e la loro durata, ed i risultati identici che si possono ottenere con fenomeni fisiologici affatto distinti. Così un bagno caldissimo ed uno freddissimo presi in un tempo assai breve sono rivulsivi, il primo in una via diretta; il secondo invece esercitando un'azione ripercussiva. Egli stabilisce la seguente classificazione dei bagni secondo la diversa temperatura: freddi, della temperatura al dissotto di 19° C.; freschi, da 20° a 25° C.; tiepidi, dai 25° ai 30° C.; caldi, quando superano i 40° C., cioè di poco sopra la temperatura del corpo; caldissimi quelli che la oltrepassano di gran lunga. Passa poi a descrivere egregiamente gli effetti dei bagni secondo la distinzione da lui fatta, ommettendo solo quelli del bagno freddo, riservati all'articolo *Idroterapia*. Fra le varie gradazioni di temperatura fissate per l'uso dei bagni, quelle dello Schivardi s'appoggiano al fatto fisiologico, della temperatura media del corpo di 36° C., e sotto questo punto di vista meriterebbero la preferenza sopra le altre che si conoscono. Però i bagni caldi incominciando a 40° C. o come egli indica anche a 29° R. (36°, 25° C.) e non oltrepassando i bagni tiepidi la temperatura di 30° C., quale denominazione piglieranno quei bagni che avessero la temperatura fra i 30° e i 36° o 40° C., e quali saranno i loro effetti caratteristici? La durata del bagno sta in rapporto colla temperatura e l' Autore

fa cenno del bagno prolungato proposto da Langenbeck e da Zeis nelle malattie chirurgiche, da Hebra nelle malattie della pelle fino a 16 ore al giorno o prolungato per molti giorni senza interruzione, da vari alienisti nella cura dei loro ammalati. Dette alcune cose sui bagni parziali, riporta infine un quadro rappresentante tutte le varie specie di bagno, tolto da Ossian Henry con alquante sue modificazioni.

Passando dai bagni alle acque minerali, l'Autore sfuggendo a varie difficoltà ci porge una definizione semplice e chiara, cioè la seguente: acqua minerale è quella che s'impiega per uso medico.

Le indagini sul modo con cui le acque si mineralizzano in seno alla terra trasportano lo Schivardi in una interessante digressione sulla formazione e stratificazione del globo. Rispetto allo sgorgo sotterraneo, secondo François, ingegnere idrologo francese molto stimato, le acque minerali si dividono in acque termo-minerali a temperatura propria con emissione ascensionale e in acque solamente minerali, senza temperatura propria, provenienti dall' azione immediata delle infiltrazioni superficiali sui terreni attraversati.

La profondità della provenienza delle acque termali è ancora un fatto sconosciuto. Si crede generalmente che le acque minerali abbiano una provenienza molto più profonda di quella che verrebbe indicata dalla loro temperatura al punto di emergenza e conviene ammettere con Jules François che le acque termo-minerali stanno in rapporto alle masse cristalline, alle roccie plutoniche loro congeneri, che la loro emissione ascensionale non è un effetto d'un semplice ritorno a livello come nei pozzi artesiani, ma il risultato della forza espansiva dei vapori e dei gas sotterranei sotto l'influenza di un alta temperatura, e di un'elevata pressione, causa ed effetto ad un tempo di reazioni chimiche sotterranee. Sul determinare la termalità delle acque minerali vi hanno pure diverse opinioni fra gli autori, e lo Schivardi dichiara di chiamare termale ogni acqua che abbia almeno 25° C. di calore. La dirà fredda al dissotto di questa temperatura e tiepida quella che si avvicina ai 25° C. La causa della termalità essendo ignota, passa l'Autore in rassegna le varie supposizioni di antichi e moderni naturalisti, mostrandosi inclinato ad accettare quella che fa dipendere dal calore centrale della terra, tanto lo sviluppo delle acque calde, quanto quello dei vulcani. In appoggio di questa teoria ricorda le eruzioni vulcaniche avvenute nel Messico nel secolo scorso, che formarono una piccola catena di montagne fra le quali il vulcano detto Jorullo, la cui cima s' innalza a cinque o sei mila metri al disopra dell' antica pianura. Seguono varie tabelle

a dimostrare la temperatura delle principali sorgenti di Europa, fra le quali primeggiano quelle di Ischia (100°), di Abano (80°), di Acqui (75°); la diversa altezza sul livello del mare, dove vediamo che fra le nostre sorgenti quella di Santa Caterina si eleva a metri 1768 e tra le fonti minerali estere quella di San Maurizio nel Cantone Grigioni ascende a metri 1769; la varia quantità delle acque che le sorgenti minerali possono fornire. Quelle di Abano e del Bullicame (Viterbo) versano nelle 24 ore un milione di litri; le acque albule (Roma) cinque milioni di litri. Altre sorgenti famose in Europa per l'enorme loro quantità sono Aix in Savoia (6,800,000 litri nelle 24 ore). lo Sprudel di Carlsbad (5,900,000 litri nelle 24 ore). L'esempio più rimarchevole di una sorgente a intermittenza si osserva in Irlanda al gran Geyser. Anche la sorgente Sprudel di Carlsbad è omai celebre in Europa per questo fenomeno e le cui intermittenze sono visibili ogni tre ore. Così pure a Vichy una sorgente sgorga per intermittenze di 50 a 60 minuti e dura da 6 a 10 minuti. Talvolta le intermittenze dipendono da uno strangolamento del canale per cui passa l'acqua e possono anche dipendere da incrostazioni delle acque che vi passano.

Opportunamente l'egregio Autore prima di svolgere l'argomento dell'azione delle acque minerali, distrugge l'erronea opinione di taluni che gli effetti benefici delle acque minerali attribuiscono a condizioni igieniche migliori, e dice che si guarisce in stabilimenti peggiori della propria casa, che i viaggi per i veri malati sono fatiche, che le distrazioni sono piuttosto cause di disordini dietetici, che infine la medicina veterinaria ricorre spesso e con profitto alle acque minerali. Altri vorrebbero far dipendere i risultati ottenuti non già dagli elementi mineralizzatori delle acque, ma dal calore di cui sono provvedute. È un fatto che pochi centigrammi di carbonato di ferro o di solfuro di sodio contenuti in un litro di acque minerali ferruginose o solforose, bevuto alla sorgente per più giorni di seguito, producono effetti assai più sensibili di quelli causati da dosi grandemente superiori degli stessi medicamenti presi in istato di purezza. È d'uopo convenire, dice lo Schivardi, che vi ha nelle acque minerali un *quid divinum* che ci sfugge e sarà meglio che anche noi, come gli antichi, ammettiamo in ogni fonte una dea pietosa, una ninfa benefica che ci somministra la salute.

A spiegare questo misterioso modo di agire delle acque minerali si ricorse all'elettricità. Fu Scoutteten nel 1863 che espose all'Accademia medica di Parigi alcune sue esperienze in proposito. Identici esperimenti faceva il Bertelli di Bologna per invito del medico di-

rettore delle terme di Porretta. Dopo studiarono l' argomento Heymann e Krebs nel 1872 e Schuster più tardi. L'elettricità oltre il mantenere probabilmente nelle acque minerali la costituzione chimica dei loro elementi ed esercitare sul corpo vivo un' azione terapeutica fin qui sconosciuta, prende anche non piccola parte nel favorire l'assorbimento delle medesime.

Gli effetti delle acque minerali prese all' interno sono quelli del principio mineralizzatore predominante, oppure l'acqua può agire per l'insieme della sua costituzione, e nelle sorgenti debolmente mineralizzate e calde si può dire che l' acqua serve unicamente di veicolo al calorico.

Gli effetti diretti delle acque minerali si possono riassumere in azione dinamica (stimolante e sedativa), alterante, eliminante e rivulsiva. Guersant poi nota che il calorico si trova nelle acque minerali in uno stato di combinazione tutto suo particolare, il quale imprime loro delle qualità organo-lettiche diverse da quelle che possiamo ottenere coi nostri mezzi artificiali di riscaldamento.

Vi hanno divergenze fra gli autori sull'ammettere la febbre termale e sul tempo del suo sviluppo. Il nostro Autore, da quattro anni medico-capo e direttore dei bagni d' Acqui, non ebbe mai ad osservare casi che si potessero riferire ad una forma speciale e crede che la si possa considerare come uno sconcerto gastrico dipendente dalla elevata temperatura.

In questi ultimi decennî si volle negare quanto era ammesso da secoli e secoli che le sostanze medicatrici contenute nell' acqua del bagno passassero per la pelle nella massa sanguigua. Ai dubbiosi risponde il nostro valente idrologo, che dopo bagni contenenti 50 gr. di ioduro di potassio trovarono iodio nell'orina Reich, Willmin, Rosenthal, Delore ecc. Cita anche altri esperimenti e quelli molto concludenti, fatti colle acque ferruginose di Levico dal cav. dott. M. De-Cristoforis.

Continuando l'esposizione delle generalità della idrologia minerale, l'Autore ci fa conoscere: 1° le varie applicazioni terapeutiche, premettendo ad esse un cenno storico e bibliografico, le diverse indicazioni e controindicazioni nella cura delle acque minerali e gli effetti ad essa consecutivi, gli elementi principali di cui si compone una cura termale, cioè l' acqua minerale le operazioni balneoterapiche, le condizioni igieniche dell'ammalato; 2° le regole generali sul modo di prendere il bagno caldo, riservando ad altro capitolo il dire delle cautele da osservarsi nel bagno freddo, sulla bibita delle acque minerali, intorno all' alimentazione durante la cura, la scelta della

stagione, che comunemente deve essere l'estiva, il momento più opportuno per la malattia d'intraprendere la cura e la durata di quest'ultima.

Arduo è il tema della classificazione delle acque minerali e varî e mutabili dovevano certamente riuscire i diversi ordinamenti, secondo che poggiavano sulla geologia, la terapeutica o la chimica ed in causa delle rinnovate e più estese indagini chimiche.

Cita l' Autore varie classificazioni di acque minerali quelle di Broguiart, dell'Ufficio di statistica del Regno, quella fatta da Routerau; espone per esteso la classificazione data nel 1851 dall' *Annuaire des eaux de la France*, quella del *Dictionnaire général des eaux minerales* e dopo averle tutte sottoposte a giusta critica, ci presenta la seguente sua classificazione:

Classe 1ª Acidule-gazose;			
— 2ª Alcaline .	bicarbonate silicate	sodiche calciche;	
— 3ª Ferruginose		bicarbonate solfate crenate manganesiache arsenicali;	
— 4ª Saline		clorurate solfate iodo-bromurate;	
— 5ª Solforose		sodiche calciche degenerate;	
— 6ª Marine.			

Questa classificazione fondata sugli elementi preponderanti di un acqua minerale, sugli effetti fisiologici e terapeutici che produce, sulle rassomiglianze che per questi effetti ha con altre acque già studiate e classificate; che poco si scosta da quella generalmente accettata, dovrà certamente incontrare il favore degli idrologi.

Nell'articolo delle considerazioni chimiche, entra l' Autore nelle particolarità delle analisi qualitativa e quantitativa delle acque minerali. Discorre del modo di raccogliere e dosare i gas, degli acidi liberi e combinati, minerali e vegetali, delle basi, tutte allo stato di sale meno la soda che fu rinvenuta libera nelle acque dei Geysers d'Islanda, dei sali, cui le acque devono per la massima parte le loro proprietà fisiche, chimiche e mediche e dei quali oggi se ne contano da 40 a 50 varietà; del modo facile e spedito di determinare il peso

dei materiali fissi contenuti in un'acqua minerale. Dà alcune idee generali delle analisi qualitative, specialmente intorno al modo di determinare lo stato di combinazione degli acidi e delle basi che si trovano simultaneamente disciolti in un'acqua minerale. Descrive e porge la figura di un apparecchio semplicissimo per ottenere col mezzo di una bilancia molto sensibile il peso specifico di un' acqua minerale. Espone dei cenni storici sull' analisi spettrometrica, già stata applicata allo studio delle acque minerali.

Le sostanze organiche che si trovano nelle acque minerali hanno tutte le proprietà di ridurre in date circostanze i solfati in solfuri, vi si rinvengono in tre stati, di dissoluzione (baregina), concrete o aniste (baregina, glerina, solforaria) ed organizzate (psychodiari, ficee od alghe sommerse, muffe od alghe riunite in masse placentari colorate). Una figura rappresenta la parte organica dell'alga di Valdieri, costituita da filamenti sottilissimi, intrigati e con un ingrandimento di 600 volte. Fra le alghe esistono pure degli infusori, e vi sono sorgenti di altissima temperatura nelle quali vivono e prosperano alcuni animali.

In un esteso articolo viene svolto egregiamente il tema delle acque minerali artificiali; l'origine, che dovrebbe rimontare fino a Mengo di Faenza nel 1553, e non ad Howard e Jenny nel XVII secolo (Lichtenthal. Opera citata) e la storia; le vicende fra il privilegio dei farmacisti e la libertà industriale; la scarsità degli effetti meno nelle acque artificiali purgative; l'impossibilità di riprodurre esattamente le acque naturali. Vengono poscia indicati i processi e le formole per le acque minerali artificiali, acidulo-gazose che sono le più comuni e dove è descritto e rappresentato con figura l'apparecchio Lenotre, alcaline, ferruginose, magnesiache, di Carlsbad, di Püllna, di Sedlitz, di Pyrmont, di Seltz, di Spa ecc., per bagni alcalini, solforosi, di Pennès, di mare artificiali.

Viene ricordata in questo articolo la fondazione a Parigi nella prima metà di questo secolo di uno stabilimento per la fabbrica di molte acque artificiali; e noi soggiungeremo che l' illustre idrologo dott. Pietro Paganini nel secondo decennio del nostro secolo apriva l'Instituto reale clinico-balneario di Oleggio nel Piemonte con stabilimento di bagni ed acque minerali artificiali ad imitazione di quello di Tivoli a Parigi, aggiungendovi molte composizioni sue particolari, tratte dalle nitriere; ed introducendovi l'uso dei bagni vegetali torpenti e cianogenati. La fortunata riuscita delle sue cure in quel rinomato Istituto frequentato, in ogni stagione da accorrenti di tutte le nazioni, gli procurò la nomina sovrana di professore di clinica balnearia coll'incarico dell'istruzione di allievi.

Una forma migliore di quella delle acque artificiali è la preparazione dei prodotti che si ottengono colla loro evaporazione; non però quando tali prodotti siano costituiti da depositi spontanei delle acque, come sono le pastiglie ocracee che si preparano in Francia. Sono conosciuti i sali di Vichy, le pastiglie d'acqua di Vichy, le pastiglie di La Bauche; in Germania si vendono i sali di Kissingen, i sali di Carlsbad. L'egregio dott. Temistoche Santopadre ci fa poi sapere che da parecchi anni si estraggono dalle rinomate sorgenti salsojodiche di Castrocaro i sali bromo-iodurati, conosciuti non solo in Italia, ma anche all'estero.

L'ultimo articolo della prima parte del Trattato è una rapida rivista statistica delle acque minerali. Il Regno d'Italia, esclusa la provincia di Roma, possiede 1629 sorgenti, delle quali solo 134 con stabilimenti. Prevalgono in esse le acque solforose e le saline; la Toscana è la più ricca delle altre parti d'Italia. Nelle antiche Provincie occupa il primo posto Acqui, poi Courmayeur, Pré-Saint-Didier e Saint-Vincent. In Lombardia sono rinomate le fonti del Masino, di Santa Caterina, di Trescore, di S. Pellegrino, di Sales, di Rivanazzano. È meglio provvisto il Veneto colle molte frequentate sue stazioni di Recoaro, di Abano e di Battaglia. Il Trentino possiede le sue acque arsenicali potenti di Levico e Roncegno, le ferruginose di Pejo e di Rabbi. L'Emilia vanta le sue riputatissime fonti di Porretta, Tabiano e Salsomaggiore. In Toscana hanno belle fama le stazioni di Montecatini, Castrocaro, Bagni di Lucca, Bagni di Pisa, Casciana, S. Casciano ed il bellissimo *Vaporarium* naturale di Monsummano. Nel Lazio le Acque albule Stigliano Capranica ed il famoso Bullicame; nelle provincie napoletane le innumerevoli d'Ischia. Ricchissime di fonti minerali sono le isole di Sicilia e di Sardegna.

La cifra delle sorgenti in Francia si eleva a 1200, ma il numero delle autorizzate non oltrepassa le 160 e quelle usate ascende a 290. In Francia è famoso il così detto gruppo termale dei Pirenei, dove era l'antica Aquitania. Vi sono 53 stabilimenti con 365 sorgenti ed altre 187 fonti abbandonate. Le fonti di Spa possono servire di tipo alle acque minerali del Belgio.

L'Austria conta essa sola più di 3000 sorgenti minerali, e famose in tutto il mondo sono le sorgenti di Carlsbad, Marienbad, Franzensbad, Töplitz, Bilin, Sedlitz, Püllna ecc. in Boemia. Dopo la Boemia l'ex-ducato di Nassau è la regione più ricca di acque minerali ed hanno fama mondiale le fonti di Ems, Wiesbaden, Schwalbach, Selters, Schlangenbad.

La Spagna è più ricca della Francia di sorgenti minerali, por-

tandone il numero totale a 2000 circa e 89 stabilimenti sono sotto la sorveglianza di un medico governativo. L'Inghilterra non ha una sorgente minerale importante da opporre a quelle del continente.

La Svizzera conta circa 350 sorgenti minerali ed il più gran numero appartiene alle ferruginose bicarbonate. Gli stabilimenti sono in numero di 220 e tenuti assai bene.

L'Autore dice di non conoscere negli Stati Uniti che due sorgenti solforose termali dette *White-Sulphur-Springs*. Noi però trovammo nel *Dictionnaire des eaux minérales* fra varie altre fonti, ricordate due stazioni molto in voga di acque saline clorurate, cioè quelle di *Ballstown* e di *Saratoga*.

Qualche cenno è pur fatto nel libro delle acque minerali di Russia, di Turchia, dell'Africa e dell'Asia.

La parte seconda dell'opera comprende la Balneoterapia speciale ed è divisa in 11 capitoli.

Nel primo capitolo si discorre delle acque acidulo-gazose dette anche di Seltz dal nome della fonte più nota. Sono caratterizzate dalla presenza dell'acido carbonico libero, che le rende effervescenti ed un po' acidette. Sono quasi tutte fredde e possono contenere da 250 a 1000 centimetri cubi d'acido carbonico per litro. Questo gas si svolge dalle viscere della terra oppure si forma dalla decomposizione dell'*humus* e della lignite. Poche sono le sorgenti minerali che siano prive di gas acido carbonico libero o combinato. Nelle ricerche chimiche spiega l'Autore il metodo di Piria per la non facile dosatura dell'acido carbonico di un'acqua minerale, indi quello più esatto di Lefort. È pure indicato con figura il modo di raccogliere il gas acido carbonico che libero si svolge da una sorgente per poi determinarne la quantità nel laboratorio, e quello di dosare in fretta l'acido carbonico di un'acqua minerale con una soluzione di cloruro di bario ammoniacale.

Le acque acidule più che medicinali sono igieniche e digestive. Sul luogo si vendono a prezzo minimo ed è desiderabile che l'esportazione facesse scomparire l'industria delle acque artificiali, dove l'acido carbonico non vi è disciolto, ma compresso. Sono indicate nella dispepsia non flatulenta, non antica, nè ostinata. Giovano anche nel catarro di vescica e nella renella. Seltz in Germania è il rappresentante di queste acque. L'Acqua acetosa presso Roma sarebbe il tipo della classe in Italia.

Nel capitolo secondo tratta l'Autore delle acque alcaline, nelle quali gli ossidi alcalini o terrosi sono combinati ad acidi deboli come l'acido carbonico e l'acido silicico, perciò la classe si divide in due

ordini, di acque bicarbonate e di acque silicate. Spiegata la formazione delle acque bicarbonate sodiche e calciche ed indicati i loro caratteri fisici e chimici, ne viene esposta l'azione fisiologica e terapeutica. Favoriscono la digestione, le secrezioni dell' orina e della pelle. Gli alcali nel nostro organismo sono indispensabili alla produzione dei fenomeni di endosmosi, alle combinazioni chimiche e concorrono agli atti complessi della nutrizione, mantenendo in giusta misura la combustione degli idro-carburi. Si riconobbe nelle acque alcaline un'azione dissolvitrice dei calcoli, per l'influenza che esercitano sul muco che fa l'ufficio di cemento.

Sono quindi indicazioni principali delle acque alcaline quelle di diminuire la plasticità del sangue, saturare gli acidi dello stomaco, sciogliere la renella, principalmente acida. In oggi si usano gli alcalini nei casi di riassorbimento tardivo degli essudati consecutivi a malattie infiammatorie, nel reumatismo articolare acuto e nella cura profilattica della gotta. Queste acque rendono servigi nell' enterite cronica, nelle malattie dell' utero, nella cachessia palustre; hanno una azione elettiva sul fegato.

Le acque bicarbonate calciche sono di minore importanza chimica e terapeutica delle bicarbonate sodiche. Vichy è il tipo delle acque bicarbonate sodiche. Bilin è la più nota fra le bicarbonate sodiche di Germania. Ems ha pure una gran fama nelle malattie dei polmoni, nella tisi incipiente, nei catarri cronici bronchiali.

Esempi delle bicarbonate calciche sono Pogues in Francia, S. Pellegrino in Italia, provincia di Bergamo, che Frank proclamò l'unica fonte rivale in Italia di quella di Vichy. Altre fonti italiane appartenenti alle bicarbonate calciche sono Comano nel Trentino, Caldiero in provincia di Verona, Prè-Saint-Didier in provincia di Torino, Acquasanta di Roma.

Il tipo delle bicarbonate miste sarebbe Neris in Francia, fonte rinomata anche per la sua alga e nota fino dai tempi dei Romani.

In generale tutte le acque minerali contengono dell'acido silicico libero o combinato. I silicati si trovano dove non vi sia acido carbonico o solfidrico. Le acque silicate giovano di più nelle affezioni intestinali. Anche le affezioni reumatiche e cutanee vengono curate con esse. Sono rappresentate da Plombières, in Francia, di antichissima celebrità e di cui Napoleone III ne fece una stazione modello.

Nel terzo capitolo si tiene parola delle acque ferruginose e come tali vi appartengono quelle acque contenenti ferro che abbiano mostrata una efficacia come preparazione marziale. Si distinguono in

ferruginose carbonate o acidule, crenate, solfate, manganesiache ed arsenicali.

Le ferruginose carbonate sono le più abbondanti. Appena esposte all'aria o conservate in bottiglie per qualche tempo perdono il gas acido carbonico e depongono in tutto od in parte il loro ferro. La decomposizione è favorita anche dall'ossigeno dell' aria che converte l'ossidulo in sesquiossido, il quale non può rimanere combinato coll'acido carbonico. La chimica possiede dei reattivi sensibilissimi per scoprire quantità minime di ferro. Quando vi ha difetto di ferro nei globuli sanguigni, impotenza ad una conveniente assimilazione del medesimo e quindi tutte le conseguenze dell' anemia, sorge l' indicazione delle acque ferruginose. Le mestruazioni troppo abbondanti o prolungate, i catarri uterini sono altre indicazioni di queste acque; così sono di eroica azione nella clorosi ben stabilita, giovano nella spermatorrea e nella impotenza non legate ad alterazioni della spina. Le acque acidule ferruginose hanno una doppia mineralizzazione, che lungi dal neutralizzarsi, l'una completa l'altra. Sono controindicate le acque ferruginose nelle persone pletoriche, robuste, irritabili, quando le proprietà vitali sono molto sviluppate e quando avvi una disposizione all'infiammazione, alle emorragie, alle congestioni.

Circa al modo di usarne s'incomincia a beverne un bicchiere da tavola per volta, aumentando in seguito la quantità fino a quattro, cinque per mattina, a stomaco digiuno, con intervallo di 15 a 20 minuti fra un bicchiere e l'altro.

Le acque ferruginose più ricercate in Europa sono quelle di Spa (Belgio) e di Schwalbach, (Nassau), poi di S. Maurizio (Grigioni), di Pyrmont (Germania). L'Italia è ricca di ottime ferruginose bicarbonate; Ceresole, Courmayeur in Piemonte, Recoaro nella provincia di Vicenza è una stazione di acque ferruginose frequentata da 7000 persone all'anno. Vi sono poi molte altre fonti, di cui si danno nel libro come per quelle di Recoaro le proporzioni per litro del ferro e dell'acido carbonico.

Nelle acque ferruginose solfate il protossido di ferro è combinato coll'acido solforico. All'aria il solfato ferroso si trasforma in solfato ferrico che si separa. Le ferruginose solfate in Italia sono quelle di Civillina e di Valdagno nella provincia di Vicenza.

Nelle acque ferruginose che nascono nei terreni torbosi, il ferro è combinato agli acidi crenico ed apocrenico. Forse l'unico tipo in Italia di questa specie di acqua è la crenata ferruginosa di Zogno.

Nelle acque ferruginose manganesiache il manganese si trova quasi sempre allo stato di solfato. Molte acque ferruginose conten-

gono arsenico e rame. La presenza dell'arsenico si riconosce coll'apparecchio di Marsh che nell'opera viene descritto e se ne dà la figura. Le acque ferruginose arsenicali oltre essere il rimedio sovrano dell'anemia, vincono o mitigano le malattie del sistema nervoso e giovano nelle dermatosi (Alban de la Garde, Perugini, Soresina, De Cristoforis). A queste indicazioni si possono aggiungere quelle delle intossicazioni palustri e delle malattie croniche di petto. In Italia le fonti ferruginose arsenicali sono quelle di Civillina (Vicenza), Levico e Roncegno (Trentino).

Nel capitolo quarto si tiene diffusamente parola delle acque saline, cioè di quelle in cui predominano sali neutri o combinazioni binarie formate dal cloro, dal bromo e dal iodio. L'Autore, come vedemmo, ne fa tre divisioni, cioè di acque clorurate, solfate, e bromojodurate.

Le acque clorurate, che per la maggior parte contengono anche acido carbonico, sono limpide, incolore, inodore, salate. Presentano grandi differenze nella proporzione dei principii minerali; la loro temperatura è assai variabile. Ben chiuse in bottiglie si mantengono inalterate a lungo, quando si conservi il gas acido carbonico.

L'uso moderato di queste acque (200-600 grammi) promuove la digestione, favorisce lo scambio dei materiali e lo anima; il cloruro di sodio si trova in tutti i liquidi e nei principali tessuti del nostro corpo. Il cloruro di sodio fra i molti effetti che produce nell' organismo contribuisce in alto grado alla formazione delle cellule; il pus e gli essudati ne sono ricchi e quando si formano forti essudati diminuisce o scompare affatto il cloruro di sodio nelle urine. Le acque clorurate sodiche per bibita sono indicate nell'iperemia degli organi addominali, nelle iperestesie, nella gotta, nella scrofola, nel catarro cronico del ventricolo e delle intestina.

La scrofola trova nelle acque clorurate sodiche e bromo-iodurate il più efficace metodo di cura. Le acque solforose vengono in seconda linea per questa malattia, meno quando non siano nello stesso tempo clorurate sodiche. Cita lo Schivardi l' invio fatto nel 1872 a Salsomaggiore di alcune orfane scrofolose di Milano per suggerimento dell'esimio dott. Brocca. L'esperimento ebbe un pieno successo con una durata media di cura di 20 giorni. Noi poi con compiacenza osserviamo che le giuste raccomandazioni fatte dall' Autore non caddero sopra terreno sterile, poichè il benemerito Comitato milanese per gli scrofolosi e l'egregio suo segretario dott. Castoldi mandarono questo anno degli ammalati a Rivanazzano. Anzi vogliamo qui soggiungere che fino dal 1864 il Comitato per gli scrofolosi di Bergamo desti-

nava un certo numero di malati ai bagni di Trescore, e del felice risultato di quelle cure ne facemmo menzione nel Bollettino del Comitato medico di quella provincia.

Il rachitismo figura pure tra le applicazioni delle acque clorurate, così le dermatosi d'origine scrofolosa, le sifilitiche e le erpetiche.

La regione delle acque saline clorurate è la Germania, dove sopra un'estensione di pochi chilometri si raccolgono le più notevoli. Hombourg, Baden-Baden, Kissingen, Wiesbaden, Wiederbronn, Pyrmont. Wildbad, ecc. Ve ne sono in Francia, in Algeria, a Tarasp nella Svizzera.

Il tipo delle acque saline clorurate in Italia è l'acqua di Montecatini in provincia di Lucca; molto carica di cloruro di sodio, fino a 18 grammi per chilogrammo alla sorgente Terme.

Meno cariche di cloruro di sodio sono le acque di Abano e di Battaglia in provincia di Padova. Nove sorgenti di acque saline clorurate esistono nell'isola Ischia, una tra le sorgenti di Casciana. Ognuna delle stazioni più importanti viene graficamente descritta nel libro con frequenti tabelle quantitative degli elementi mineralizzatori.

Si fanno bagni anche colle acque di lisciviazione o di evaporazione per l'estrazione del cloruro di sodio, quando l'acqua clorurata contenga almeno il 2 per cento di sostanze fisse. Un bagno con 3 per cento è moderato, oltre questa cifra è forte. L' uso terapeutico delle acque madri incominciò in Germania in principio del secolo. L'effetto di questi bagni è eminentemente stimolante, ed è quello di acque salse concentrate. Le acque madri si impiegano in bevanda, in bagni, in applicazioni locali; nei bagni l' acqua madre non deve mai eccedere il quinto dell'acqua totale del bagno.

In Germania i due principali centri dell' uso delle acque madri sono Kreuznach e Nauheim, in Austria Ischl. Salsomaggiore è l'unica salina in Italia in cui le acque madri siano usate; l' esperienza le dimostrò utilissime in tutti i disordini della scrofola e del rachitismo.

Angelini scoperse pel primo l'iodio, prima nell' acqua salata di Retorbido, poi di Sales. L'iodio e il bromo si trovano sempre in piccole quantità, comunemente unite al sodio e talora in proporzioni da acquistare attività terapeutiche speciali. Le acque che li contengono prendono posto in una divisione delle acque clorurate col nome di bromo-iodurate. Si attribuisce l'origine di questi elementi mineralizzatori agli strati carbonosi di vegetali marini. Si danno nell'opera i processi per rintracciare la qualità e la quantità di questi due alcaloidi.

L'azione delle acque con iodio, prese internamente, è irritante più o meno secondo la dose; a lungo uso deteriora l'organismo producendo la così detta cachessia iodica e distrugge alcuni tessuti ghiandolari. Conviene di usarne a piccole dosi ed a lungo continuate, ed è per ciò che le acque minerali meglio riescono dei preparati farmaceutici. Sono queste acque efficaci nella cura del gozzo, degli ingorghi scrofolosi ed altre forme di questa discrasia. Il primo ad usarle in Italia fu l'illustre professore Panizza; si adoperano in bibita, per bagni ed applicazioni locali.

Presenta l' Autore il contenuto in iodio ed in bromo di diverse acque estere e nazionali sopra mille parti. Zaizon in Transilvania è l'acqua più carica di iodio che si conosca (0,249); altre pregiate sono quelle di Saxon in Svizzera, di Lippik in Ungheria, di Hall in Austria, di Kreuznach nella Prussia renana. In Italia abbiamo le sorgenti di Rivanazzano, Castrocaro, Salsomaggiore, Sales, Miradolo, S. Colombano. L'acqua di Miradolo un tempo di proprietà dell'Ospitale Maggiore di Milano fu venduta, e nel 1872 il prof. Pavesi vi rintracciò porzioni minime di iodio e di bromo.

Le acque salino-solfate vengono divise dall'Autore in solfate sodiche, in solfate magnesiache ed in solfate calciche a seconda del sale che predomina. I sali di magnesia si trovano in piccola quantità nel sangue e nei tessuti. L'azione del solfato di magnesia è di produrre un vero catarro intestinale ed in parte un'azione endosmoesosmotica, aumentando la metamorfosi del grasso. Il solfato di calce esercita un' azione soltanto sulla pelle ed il carbonato di calce si cambia nel ventricolo in acido lattico ed in fosfato di calce ed entra combinato con un albuminato nel sangue.

Ordinariamente queste acque si usano in piccole dosi giornaliere da 80 a 200 grammi. Sono indicate nella stitichezza prodotta o mantenuta da diverse cause; nella pletora poliemica o sierosa, nella pletora addominale.

Sono rinomate le acque solfate sodiche e magnesiache di Sedlitz, Saidschütz e Püllna in Boemia. Più forte è la solfata sodica e magnesiaca di Buda detta Hunyadi Janos, scoperta a caso nel 1863. Fra le solfate sodiche è celebre l'acqua termale di Carlsbad in Boemia con nove sorgenti ed il famoso *Sprudel*. Ancor più mineralizzata dal solfato di soda è quella del pari famosa di Marienbad, pure situata nel bacino della Boemia.

In Italia posseggono acque solfate calciche i Bagni di Pisa e quelli di Lucca. Sono poi solfate sodiche le tre sorgenti di Valdieri, la fonte

del Masino in Valtellina. Due sorgenti di Viterbo, *Crociata e Grotta* sarebbero solfate calciche, così pure una delle sorgenti, la termale, di Casciana e quella di Boario in Valcamonica ed anche Bormio in Valtellina. Tipo delle solfate calciche di Europa è Loèche in Svizzera, dove continua l'uso come in altri balneari della Svizzera del bagno in comune e prolungato a più ore, per cui si osserva un'eruzione cutanea dipendente dall'irritazione prodotta dal lungo contatto di un'acqua calda e mineralizzata. Alle solfate calciche appartiene anche il famoso Bath in Inghilterra.

Al capitolo quinto si trattano le acque solforose e solfurate, le quali sono mineralizzate dall'acido solfidrico o da un solfuro solubile alcalino o terroso. Esse formano il gruppo più naturale delle acque minerali e si dividono in solforose sodiche, calciche e degenerate.

Le solforose sodiche sono chiare e trasparenti alla sorgente e non s'intorbidano che al contatto dell' aria, modificandosi più o meno il principio solforato, sia precipitandosi lo zolfo dell'acido solfidrico, se si fanno lattescenti, sia disciogliendosi lo zolfo separato nel monosolfuro di sodio non ancora decomposto, quando si colorano leggermente in verde senza perdere la trasparenza. Assorbendo l'ossigeno dell'aria svolgono odore di acido solfidrico; hanno sapore dolciastro o insipido, talora amaro; danno reazione alcalina e la loro densità è quasi sempre quella dell'acqua distillata. Sono ricche di una materia organica solubile loro propria. Oltre il monosolfuro di sodio in varie proporzioni, contengono silice, cloruro di sodio carbonato di soda e composti di calce. Se il cloruro di sodio, vi si contiene in una discreta quantità. l'Autore le distingue col nome di solforose clorurate.

Il solfato di calce delle acque minerali attraversando un terreno impregnato di materie organiche viene ridotto in solfuro di calcio, e le acque divengono solforose. In contatto dell'aria si precipita carbonato di calce e si svolge acido solfidrico. Nell'opera vi è un quadro parallelo per i due ordini d'acque solforose.

Le solforose degenerate furono modificate dall'azione dell'aria senza che finora si conosca esattamente la causa di questo fenomeno; sono acque solforose assai deboli e ricche in sali alcalini.

La solfidrometria o meglio solfurometria ideata da Dupasquier per dosare lo zolfo delle acque minerali è fondata sulla scomposizione immediata che avviene fra l'iodio e il gas solfidrico, convertendosi l'iodio in acido iodidrico e precipitandosi lo zolfo; ecco la formola $H\ S + J = H\ J + S$. Nel testo vi è un'accurata descrizione degli apparecchi con figura e tavola solfidrometrica e del metodo operativo.

Sotto triplice aspetto vuolsi considerare l'azione fisiologica delle acque solforose, cioè di zolfo puro, di un solfuro alcalino e sotto quello di gas acido solfidrico. Il zolfo puro sulla pelle agisce come irritante e annienta i parassiti che vi annidano. Trasformato in solfuro negli organi digerenti e penetrato nella circolazione, agisce come sedativo dapprima e poi come eccitante. I solfuri di sodio, di calcio, di magnesio, che si trovano nelle acque solforose, hanno un'azione fisiologica identica a quella del gas acido solfidrico. Ciò che vi ha di certo si è che il gas acido solfidrico esercita un'azione disossidante sui corpuscoli sanguigni, che si forma zolfo e che il gas assorbito nel sangue cambia i sali di acido carbonico e fosforico in combinazioni dello zolfo, le quali poi dall'ossigeno del sangue vengono mutate in sali di acido solforico. L'acido solfidrico diminuisce la morbosa accresciuta irritabilità del sistema nervoso. Pare che produca aumento dell'esalazione dell'acido carbonico per i polmoni, dell'urea e dell'acido urico e diminuzione delle parti solide del sangue, del grasso e della fibrina. Riassumendo le molte cose esposte dall'Autore in questo capitolo con particolare predilezione, è ammesso che lo zolfo: 1.° accresce l'attività del fegato, muta la crasi del sangue, accelera la circolazione ed influisce sui tessuti albuminoidi e loro scambio; 2.° agisce sulla struttura anatomica della pelle ed in diverso modo sulle sue funzioni fisiologiche; 3.° aumenta la secrezione delle mucose, la rarefazione del loro tessuto, e la separazione di cellule epiteliali.

Le acque solforose che contengono in notevole quantità anche cloruro di sodio, uniscono all'azione dello solfo quella dei cloruri, e l'azione dello zolfo è aumentata dalla presenza del sal comune. Le acque solforose calciche formano cogli acidi grassi delle combinazioni insolubili. Convengono negli esantemi acuti umidi, nella scrofola, nel rachitismo, nella carie, nella necrosi. Le acque solforose degenerate non sono inattive; giovano nella cura delle affezioni cutanee, negli individui nervosi e pletorici.

Le indicazioni dei bagni solforosi sono: il reumatismo cronico; le malattie cutanee; le affezioni catarrali degli organi del respiro, la faringite granulosa; le conseguenze di lesioni traumatiche; paralisi e nevralgie a base reumatica o prodotte da avvelenamenti metallici o da discrasia sifilitica od anche da difterite, e la corea; le affezioni sifilitiche a scopo diagnostico e curativo, associando le acque solforose ai mercuriali ed al joduro di potassio; le intossicazioni prodotte dai metalli, specialmente mercurio e piombo. Questa semplice enumerazione di applicazioni terapeutiche comprende ben otto pagine dell'opera, di molto interesse.

Le acque solforose sono quelle che hanno un maggior numero di applicazioni; esse si usano come bibita, come bagni locali e generali, in doccie, in vapore, per inalazioni ed in forma di fanghi.

La Germania è povera in acque solforose calde: ha invece molte solforose fredde. Appartengono alle solforose clorurate termali Aquisgrana e Burtscheid nella Prussia renana. Baden presso Vienna è una stazione di solforose calciche. Baden in Svizzera è con Schinznach e Lavey una delle sue tre solforose calde. Le numerose sorgenti di Harrowgate in Inghilterra si distinguono in due gruppi: solforose forti e solforose deboli. In Francia le stazioni di acque solforose più universalmente conosciute sono, nei Bassi Pirenei Eaux-Bonnes, Eaux chaudes; negli Alti Pirenei Cauterets, Barèges, Saint Sauveur.

La nostra Italia è ricchissima di acque solforose. Acqui in Piemonte è il vero tipo delle solforose clorurate; ha quattro sorgenti ed una, la bollente, non è impiegata che ad usi di cucina. Vi ha uno stabilimento militare, uno per i poveri ed uno comunale, affidato alla direzione dell'egregio nostro Autore. Ha un movimento di 4000 persone, superando così tutte le altre stazioni italiane, ad eccezione però di quella di Recoaro. Le antichissime terme di Porretta negli Appenini posseggono otto sorgenti. Tabiano è altra pregiata sorgente dell'Italia centrale, mineralizzata dal solo gas acido solfidrico. Trescore in provincia di Bergamo vanta un migliaio di bagnanti, e la sua acqua contiene un pò di iodio e di bromo. Altre sorgenti solforose meno importanti sono Valdieri, Vinadio, Castelnuovo d'Asti, La-Saxe presso Courmayeur, S. Omobono, Riolo, Acqua Santa d'Ascoli Piceno, le cinque sorgenti solforose di Morbo in provincia di Pisa, Telese in provincia di Benevento: le quattro sorgenti solforose presso Viterbo dette *Crociata*, *Torretta*, *Bagnaccio*, *Bullicame*. La più copiosa sorgente di acqua solforosa è quella di Acquealbule sulla strada per Tivoli, Altre due sorgenti solforose a Stigliano. San Casciano dei Bagni in provincia di Siena ha bagni antichissimi e 16 fonti, due delle quali solforose. Infine la fonte Raineriana presso Arquà-Petrarca.

Il capitolo sesto è destinato all'acqua marina che l'Autore chiama il vero tipo delle acque minerali, l'acqua minerale per eccellenza. Sempre con modi attraenti si descrivono le proprietà fisiche e chimiche di questa immensa massa d'acqua che copre due terzi della superficie della terra. Vi è descritto il colore, ora riflessione del colorito della vôlta celeste, ora splendore del sole che tramonta, l'odore, il sapore, la temperatura, la densità, la profondità del mare

in una media di 4 a 5 mila metri, i mezzi di renderla potabile, problema che ormai sembra risolto colla distillazione, l'ondata, la corrente, la marea o il polso del mare, come poeticamente la chiama il Michelet, il magnifico fenomeno della fosforescenza, che Ehrenberg, trovò prodotto da numerosi animaletti.

Varia è la composizione chimica secondo i mari, così il cloruro di sodio a grammi 27 per mille nel Mediterraneo e nella Manica scende a tre nel Mar Caspio. Inoltre esiste nelle acque del mare un principio, di cui non fanno menzione le analisi chimiche ed è la sostanza organica marina. Anche nel mare vi sono alghe di varia grandezza, dalla microscopica a 30 metri di lunghezza; esse presentano mescolanze di assai graziosi colori.

I bagni freddi di mare agiscono come una bagnatura fredda d'acqua dolce. I bagni caldi hanno un grande valore per l'assorbimento delle materie saline disciolte. Il bagno marino produce una alterazione della cute dal semplice rossore ad una vera eruzione; opportunamente usate fa acquistare a tutte le funzioni maggior vigoria. L'infanzia reclama la cura marina; l'indicazione dei bagni è positiva nelle forme torpide, quando vi ha una specie di arresto di sviluppo degli organi e delle funzioni.

È antichissimo l'uso dell'acqua di mare come medicamento interno. Cadde in oblio in Francia ed in Inghilterra, ma in Italia è tuttora sostenuto da autorità scientifiche; vi si attribuisce un'azione solvente e calmante e riesce utile usata a lungo nelle infiammazioni croniche dei visceri, nei catarri cronici della vescica e degli organi sessuali.

Fra le applicazioni esterne il modo più generalmente usato e che rimonta ad epoca antichissima è il bagno, tanto generale che parziale, sia a scopo igienico che curativo.

Gl'Inglesi pei primi fecero rinascere l'uso dei bagni di mare, ed alla metà dello scorso secolo incominciarono a piantare stabilimenti nei paesi sulle spiaggie de mare. La Francia ne seguì l'esempio e fondò nel 1822 quello grandioso di Dieppe. In Germania sorse dapprima quello rinomatissimo di Dobberan nel Meklenburg. Ultima venne l'Italia, e solo nel 1869 per le cure del dott. Grilli veniva lo stabilimento balneario Pancaldi di Livorno fornito dei necessari apparecchi.

Egli è nella scrofola che i bagni marini riaquistarono rinomanza, fino a dire, come giustamente osserva l'Autore « che un'azione specifica l'acqua marina possegga contro le discrasie linfatiche e strumose. » Anche nella rachitide la cura marina dà felicissimi ri-

sultati. Migliorano coi bagni di mare le malattie dell' utero legate a fenomeni generali o locali d'indebolimento, e secondo Bertani essi provocano ed accrescono la fecondità. Giova il bagno marino nelle malattie della pelle di forma così detta secca. Devesi, come è noto, all'ardente carità del dott. Barellai l'istituzione degli Ospizi marini per la cura dei bambini scrofolosi poveri, ed il primo Ospizio sorgeva in Italia nel 1853 sulle rive del Tirreno.

Oggi noi abbiamo 18 Ospizi marini: 11 sul Mediterraneo, 7 sull'Adriatico. In Francia sorge dal 1861 a Berck-sur-Mer un Ospizio marino dove i bagni riuscirono più vantaggiosi nella rachitide che nelle affezioni scrofolose delle mucose e della pelle.

Nelle avvertenze per fare un buon bagno di mare riporta l'Autore quella di Dutroleau e per l' uso interno dell' acqua di mare i precetti del Guastalla. La dose per bibita varia secondo l'età; nei bambini da mezzo bicchiere in due volte al giorno si va fino a cinque, negli adulti s' incomincia con un bicchiere al giorno per giungere fino a due litri. Il bagno sarà della durata di mezza ad un' ora; se ne possono fare anche due al giorno. La durata della cura balnearia è da 20 a 30 giorni. La stagione al nord d' Italia è dalla metà di giugno alla metà di settembre. Segue nel libro una lunga enumerazione degli stabilimenti marittimi di Francia, Inghilterra, Scozia, Irlanda, Germania. In Italia abbiamo sul Mediterraneo le stazioni di San Remo, Pegli, Genova, Sturla, Nervi, Rapallo, Sestri, Spezia, Viareggio e Livorno; sull' Adriatico quelle di Venezia, Rimini, Ancona. Il capitolo si chiude con una bibliografia, alla quale vorremmo aggiungere l' opera seguente: *Dauvergne, Du veritable mode d'action des eaux de mer.* Parigi 1853.

Il capitolo settimo ha per titolo « Acqua fredda. » S'apre il capitolo con Vincenzo Priessnitz ed il suo stabilimento sul Gräfenberg nella Slesia austriaca. Riprendendo poi l'ordine storico dell'uso igienico e medico dell' acqua fredda, risale l'Autore a Mosè, ai Greci, ai Romani, ad Ippocrate, Celso, Asclepiade e Rhazes, indi viene agli scrittori del secolo XVII e XVIII sull' importanza terapeutica dell' acqua fredda presso le diverse nazioni, concludendo che l' idroterapia incomincia col popolano di Slesia. Infatti, prosegue l' Autore, Priessnitz fu il primo a comprovare che più la temperatura dell'acqua è bassa, più riesce essa efficace. Priessnitz fu il primo ad applicare le affusioni fredde su corpo sudato (nei bagni russi non si versa acqua fredda sulla persona tuttora madida di sudore?); fu il primo ad introdurre le traspirazioni forzate, a riunire un complesso di applicazioni coll' acqua fredda da costituire un vero metodo, da

creare un vero e completo sistema di cura. Sebbene noi non possiamo seguire l' egregio dott. Schivardi fino alle ultime sue conclusioni, diciamo però che le meravigliose cure di Gräfenberg furono una conquista per la scienza e per l' umanità.

Il primo effetto dell' acqua fredda sulla cute consiste nella sottrazione del calore vitale, nella retrazione dei vasi, nella rigidità dei tessuti; i nervi cutanei sono come colpiti da siderazione. Questo stato dura da 1 a 2 minuti, poi incominciano gli effetti secondari o di reazione; rinasce la calma, la respirazione si fa più ampia. Ci troviamo più leggeri, più liberi nei movimenti, la pelle si arrossa e si prova un senso di calore e di benessere perfetto. La reazione è sempre proporzionale all' intensità del freddo ed alla energia vitale dell'individuo. Il suo risultato finale, dice l'Autore, è la produzione di grande quantità di calorico; pare però secondo studi recenti, che consista in una diversa regolazione del calorico. Viene in seguito dimostrato con una concisa chiarezza quali siano gl' intimi rapporti delle operazioni idriche col calore animale e come questo sia l'ultima espressione di tutte le funzioni vitali. Dal che pure emerge la necessità di sostenere la reazione con movimenti muscolari, esercizi ginnastici, onde accrescere l' attività delle funzioni nutritive (nelle medicazioni toniche e ricostituenti).

Alcuni dalla 3.ª alla 6.ª settimana di cura presentano uno stato gastrico, un movimento febbrile, chiamata febbre di reazione. Dura da 24 ore a 5 o 6 giorni. Viene attribuita alla potente stimolazione dell'acqua fredda, e noi crederemmo di riconoscere in una soverchia accondiscendenza verso il ventricolo un' altra causa di questa crisi idroterapica. Le bagnature fredde posseggono un' azione sedativa, antispasmodica, calmante, un'azione antiflogistica, un' azione tonica, stimolante, ricostituente, un' azione plastica, un' azione igienica e preventiva.

Ecco in quali malattie è razionale l' applicazione di questo metodo terapeutico e secondo l' esperienza dell' Autore trovato utile: malattie nervose, febbri intermittenti, anomalie della mestruazione, pletora addominale, febbri essenziali ed infettive, pneumonite cruposa, altre cure. Ritiene l'Autore che Fleury sia stato il primo a tentare la cura delle febbri intermittenti coll'acqua fredda. In proposito osserviamo che il dott. Giannini nei primi anni di questo secolo troncava gli accessi delle febbri intermittenti colle immersioni nell'acqua fredda da 5 a 15 minuti. (Giannini. Della natura delle febbri, ecc. Milano, 1805).

Le operazioni idroterapiche più frequentemente praticate e che

l'Autore volle provare sopra sè stesso, onde verificarne gli effetti, sono le seguenti: frizioni col lenzuolo bagnato, abluzione e affusione, doccia, fascia addominale, semicupio, inviluppi umidi e secchi, il bagno d'immersione. Si fa cenno in seguito della idroterapia a domicilio, degli ausiliari dell'idroterapia, dell'appropriato regime alimentare e dell'esercizio muscolare.

Numerosi sono gli stabilimenti idroterapici e sono famosi all'estero, in Francia quello di Auteil diretto da Beni-Barde, quello di Passy-Paris diretto fino alla sua morte da Fleury; Schwalheim e Gräfenberg in Germania; Divonne, Albisbrunn, Schönbrunn in Svizzera. In Italia ve ne sono due in Lombardia; Regoledo sul Lago di Como, Cannobbio sul Lago Maggiore; nel Veneto uno presso Belluno; in Piemonte Biella, Cossila, Oropa, Andorno, S. Vincent; nella Liguria Voltaggio e Savignone. Il capitolo termina con una bibliografia specialmente italiana.

L'ottavo capitolo è serbato ai bagni a vapore. Essi si dividono in bagni naturali ed in bagni artificiali. Fra le stufe naturali le più celebri al tempo de'Romani erano quelle di Nerone, fra il Lago Lucrino e il golfo di Baja presso Pozzuoli, quattro ne possiede l'Isola d'Ischia. Altre sonvi in riva al Lago d'Agnano e nell'Isola di Lipari. Solo a Cransac in Francia si hanno delle stufe naturali solforose. Il più importante bagno a vapore naturale che al dire dello Schivardi sia oggi nel mondo è la grotta di Monsummano in Toscana presso i bagni di Montecatini, che nel libro viene accuratamente descritta, anche rispetto agli effetti particolari di quelle sudazioni.

Nei bagni a vapore artificiali, se l'atmosfera fu riscaldata coll'introduzione dell'aria calda o per riscaldamento esterno del suolo e delle pareti, questa operazione porta il nome di bagno a vapore secco, o bagno turco; se invece il locale fu riscaldato introducendovi vapori acquei dicesi bagno a vapore umido o bagno russo.

Nel bagno a vapore umido l'acqua allo stato vaporoso penetra nel sistema cutaneo in una maniera assai più energica; si prova in questo bagno un benessere universale, insolito in qualunque altra atmosfera, e gli effetti variano secondo la temperatura. In questo bagno si fanno bagnature alla faccia con una spugna, si fanno frizioni a mano nuda, con guanto di lana o di crine e quasi sempre dopo questo bagno si passa sotto una doccia di 10° a 12° C. La sua durata è da 1/4 a 1/2 ora. Vi sono doccie a vapore e bagni parziali a vapore.

La media temperatura per il bagno a vapore umido è di 45° C., per la stufa secca è di 50° C. Si preferisce il bagno a secco quando si voglia

provocare un' abbondante sudore ed evitare la congestione cutanea Anche in questo bagno sarà bene porsi sotto la doccia a pioggia fredda, fino a che sia scomparsa ogni sensazione di calore alla pelle.

Vi è la possibilità d' introdurre nei bagni a vapore tutti i medicamenti volatili o rinchiudenti principii volatili. In Francia nel dipartimento della Drôme è di un uso popolare il bagno trementinato fra gli operai occupati all' estrazione della pece. Macario l' introdusse nello stabilimento idroterapico di Serin presso Lione. Si usano negli antichi reumatismi muscolari ed articolari, nelle paralisi d' origine artritica, nelle nevralgie e principalmente nelle sciatiche; infine nei catarri bronchiali e polmonari. In Germania si utilizzava sotto forma di vapori i trucioli resinosi del *Pinus picea*, le gemme dell'abete, il balsamo del Tolu, ecc. Dagli aghi dell'abete si estraggono olî, essenze, e se ne fa la così detta lana vegetale, oggi in voga per corpetti.

Il bagno umido a vapore spontaneo negli stabilimenti termali è trascurato in Italia; solo sono famose le stufe di Vinadio, come le sue muffe. Ad iniziativa del dott. Schivardi provvedevasi nel 1872 per la prima volta lo stabilimento d' Acqui di un discreto *vaporarium* che non può però superare la temperatura di 30° C.

Molto opportunamente l' illustre Autore volle aggiungere al suo Trattato di balneoterapia un capitolo, che è il nono, sull'aeroterapia o pneumoterapia o come egli la chiama bagni d' aria, e vi comprende le medicazioni che si fanno coll'aria compressa, coll'aria rarefatta, coll' aria marina e con quella medicata, cioè unita ad altre sostanze polverizzate e ad altri gas.

Aria compressa. Lo studio dei fenomeni che avvengono nei lavoratori delle miniere profonde e nella campana da palombaro ha già dimostrato che l' uomo può soggiornare per un certo tempo senza serie conseguenze in uno spazio, la cui aria è sottoposta a pressioni considerevoli. Hallé e Nysten furono i primi ad annunciare l' idea che gli effetti dell' aria compressa sono più salutari che nocivi. Questi effetti erano però stati studiati prima di loro e sino dal XV secolo da Sturnius, inventando la campana dei palombari. In Francia Junod, Friger e Foley studiarono con molta cura i fenomeni che avvengono negli operai che lavorano nei tubi chiusi per la fabbrica dei ponti tubulari.

Le osservazioni fatte sull' influenza fisiologica che esercita l'aria compressa sono la base delle sue applicazioni terapeutiche. Credevasi che il Pravaz padre fosse stato il primo a fare studi ed esperimenti in Francia, lo stesso che nel 1836 aggiunse al suo famoso stabilimento

ortopedico in Lione una cura col nuovo metodo, ma Tabarié di Montpellier rivendicò a sè la priorità di questo metodo. Attualmente oltre gli stabilimenti, ad aria compressa di Lione, Montpellier e Parigi; ve ne sono in Danimarca, Svezia e Russia. In Inghilterra funziona una Società di pneumoterapia e i municipi stanziarono somme per farne usufruire gl' indigenti. In Germania questo metodo di cura acquistò molto favore e vi furono pubblicati importanti lavori. Il primo a der notizia in Italia di questi studi fu il dott. R. Griffini (1851), poi nello stesso anno il prof. Verga descriveva lo stabilimento di Pravaz.

In Italia manchiamo ancora di stabilimenti, ma è imminente l' apertura di uno in Milano per iniziativa dell' egregio medico dottor Carlo Forlanini ed a cura di una Società diggià costituita.

Vengono esposti nell' opera gli effetti fisiologici provati da Vivenot juniore, che ha raccolto nel 1868 in un' opera voluminosa e ben fatta le cognizioni attuali sopra gli effetti fisiologici e terapeutici dell' aria compressa. Gli effetti terapeutici consistono parte in una compressione del compressibile, in una espulsione di molte parti mobili dell'organismo principalmente dei liquidi; in parte anche nell' eccitare il rinnovamento organico mediante cambiamento del chimismo della respirazione. È dunque un'azione meccanica e chimica, locale e costituzionale.

Molte malattie e gruppi di malattie possono essere curate o migliorate, coll' aria compressa; così le iperemie ed il catarro delle membrane mucose che stanno in rapporto coll' aria compressa, le iperemie delle superficie cutanee, le emorragie dei vasi superficiali, l' enfisema polmonare, la tubercolosi polmonare cronica, l'atelectasia polmonare, la rachitide, la scrofola, l'anemia, la clorosi, certe alterazioni locali di nutrizione, l' atrofia muscolare, il diabete mellito, alcune nevrosi principalmente d'apparato respiratorio, essudati, stravasi, ecc. Sono riportate nel libro varie osservazioni cliniche e risultati statistici degli stabilimenti.

Secondo Vivenot la pressione da usarsi non deve essere troppo forte, fra 2[3 e 3[7 e mai oltrepassare 1[2 atmosfera. La durata della cura è assai varia; d' ordinario si prolunga alcune settimane.

Aria rarefatta. — Questa si può ottenere, sia abitando ad altezze considerevoli, come da 2000 a 3000 metri, sia operando con pompe un principio di vuoto in camere perfettamente chiuse. Si possono sopportare considerevoli diminuzioni della pressione atmosferica, quando il passaggio a grandi altezze non avvenga rapidamente e possano i gas del sangue, ossigeno, azoto ed acido carbonico porsi

senza sforzo in equilibrio colle pressioni esterne ed impedire la tensione e lacerazione dei vasi con emorragie più o meno gravi e letali. Così gli abitanti di Quito sopportano benissimo una diminuzione considerevole della colonna barometrica (553 millimetri). Sono noti i fenomeni che si provano nelle grandi e rapide ascensioni per gli studi che ne fecero molti scienziati. Essi furono segnalati pel primo da Dacosta nel XV secolo, sotto il nome di mal delle montagne, e molte osservazioni furono raccolte dagli intrepidi viaggiatori aerei e recentemente da Tissandier, l' unico superstite dei tre esploratori montati sull'aerostato Zenith.

Dalla più alta antichità i popoli riconobbero l' importanza igienica dell'occupazione dei luoghi elevati ed i primi templi di Esculapio erano costrutti sopra alture. Mühry, Hirsch, Gastaldi notarono la somma rarità della tisi sugli alti monti, verità comprovata da Mantegazza in America, che vide migliorare molti tubercolosi negli alti piani delle Cordiliere. Si attribuisce questa virtù benefica degli alti monti ad una ginnastica polmonare che fa introdurre l' aria in un numero maggiore di cellette polmonari; la respirazione fatta più attiva ed efficace toglie o diminuisce la stasi del sangue nel polmone che precede od accompagna il deposito tubercolare (Gastaldi). Le alte vallate protette da monti ed immuni da tisi costituiscono il più efficace metodo terapeutico contro la tisi tubercolare. Ne ciò stabilisce una contraddizione coll' impiego dell' aria compressa, informandosi ambidue i metodi allo stesso principio di eccitare e ravvivare la nutrizione. Le località immuni dalla tisi variano in altezza secondo le latitudini, così nella zona temperata settentrionale devonsi ricercare fra 450 e 1000 metri; nel mezzo della zona temperata fra 1350 e 2350 metri; ai tropici oltre i 5000 metri ed assicurarsi che l' immunità sia dovuta al clima e non al modo di vivere degli abitanti.

Aria marina. — Antichissimo è pure l'uso terapeutico dell'aria marina. L'aria marina lontano dalla costa è di una omogeneità perfetta, nulla ne turba la purezza, nessun ostacolo si oppone ai suoi movimenti. La temperatura dell'aria marina è più uniforme; la densità è superiore a quella dell'aria della terra. L'atmosfera marittima è meno carica di elettricità e vuolsi da alcuni più ricca di ozono; l'umidità è maggiore che nell'atmosfera terrestre, ma meglio ripartita. La purezza dell'aria marina, la sua densità, congiunte all' influenza benefica della navigazione convengono ai temperamenti linfatici, alle cachessie cittadine, alle costituzioni delicate.

Già Erodoto, Aristotile, Celso, Plinio, Celio Aureliano, Areteo raccomandavano l'uso medico della navigazione marina. Galeno in-

viava i suoi tisici al mare ; Avicenna e Mercuriale consigliano la navigazione marittima nei mali cronici di petto ed altre malattie. Foresto trovò adattissime ai tisici le gondole venete ; altri pure raccomandarono i bagni di mare tra quali Gilchrist che scrisse un libro sopra questo argomento, ora divenuto rarissimo, e di cui il prof. Livi ci diede un sunto abbastanza lungo. Rochard non ammise l'influenza della navigazione sulla tisi, ma contro questa sentenza protestò la scienza. Anche il semplice soggiorno sulle rive del mare è giovevole ai tisici. Nell'aria marina vi ha una costante quantità di cloruro di sodio e probabilmente in minima quantità anche l'iodio e il bromo ; vi ha abbondanza d'ozono, versato dalla ricca vegetazione, dalle essenze dei fiori. La pressione atmosferica a 760 millimetri è pure convenientissima a trattenere l'acido carbonico nel corpo, come moderatore di combustioni troppo rapide.

Aria medicata. — L' inalazione delle sostanze aeriformi o che si volatilizzano e si mescolano all'aria era conosciuta dall' antichità e si chiamava *Ateniatrica* ed ebbe in ogni tempo delle applicazioni.

Le sostanze medicinali che furono usate per inalazioni possono essere volatili o fisse e queste ultime solubili od insolubili. Il solvente ordinario è l'aria fredda o calda. Altre sono sempre liquide, altre possono assumere tutti e tre gli stati. Riesce bene l'uso dell'aria medicata nel catarro della laringe acuto e cronico, nella laringite difterica, nell'edema e nella paralisi della glottide, nelle malattie bronchiali, nella tosse convulsiva, nell'asma, nell'enfisema.

Ai bagni di acque solforose e bicarbonate si fece di necessità della inalazione idrominerale ; però ai nostri tempi si vollero cercare dei metodi appositi. Da tempo ed empiricamente si costumava di trattenere i malati nelle sorgenti calde a respirare i vapori che ne escono. In seguito s' inviarono questi vapori in apposite sale e se ne cominciarono a studiare gli effetti. Le inalazioni di gas acido solfidrico si fanno in tutte le stazioni solforose di Francia e di Germania ; di gas acido carbonico molto in Germania, poco in Francia. In Italia, dice lo Schivardi, come al solito, si è provvisti di tutto e si fa nulla ; parole dure, ma vere.

Sorgenti ricche d'acido carbonico libero sono in Germania Nauheim e Kissingen dove dà origine a quei fenomeni detti *Sprudel*: In Italia l'acido carbonico delle sorgenti di Cinciano (Siena) e di Monsione (Arezzo) serve alla preparazione di prodotti chimici. I bagni d'acido carbonico sono indicati nelle malattie da alterata traspirazione e da soppressi flussi sanguigni ; le doccie di gas hanno un effetto sedativo sulle parti dolenti ma non durevole ; le inalazioni

furono applicate nell'asma nervoso e nel catarro polmonare, nella faringite granulosa. Le inalazioni di gas solfidrico sono indicate nei catarri laringei, tracheali e bronchiali e contro l'erpetismo. Le sale a inalazione secca, senza vapore, convengono alle persone sensibili deboli e pletoriche; negli altri casi le inalazioni umide. Ad Allevard vi sono due specie di sale d'inalazione; nell'una l'atmosfera è saturata di vapori solforosi freddi o tiepidi a volontà, nell'altra l'atmosfera è fredda e vi ha acqua che svolge gas; lo stesso venne introdotto ad Aix di Savoja. Un' altra inalazione usata molto in Germania è quella di respirare l'aria delle saline ed è vantata nelle laringiti e bronchiti croniche. Si proposero anche vaporarî artificiali con arie medicate, dove possono dimorare gli ammalati. Questi potrebbero sostituire i soggiorni d'inverno nei climi indicati pei tisici.

Sales-Girons iniziò nel 1856 il metodo d'introdurre nei bronchi non già i vapori, nè i gas, ma l'acqua minerale stessa, quasi ridotta allo stato di polvere; da ciò il nome di polverizzatore dato allo strumento che la produce, e di polverizzazione al metodo. La polverizzazione si ottiene percuotendo un getto del liquido contro un corpo solido vicino che lo franga (Sales-Girons), per mezzo dell'aria compressa (Mathieu) o del vapore acqueo (Siegle). Secondo Waldenburg adoperando gli apparecchi della 2.ª categoria i liquidi penetrano fino alla laringe o poco più giù; con quelli della 3.ª si possono raggiungere perfino gli alveoli polmonari e con quelli della prima si ha un termine medio. I liquidi per le polverizzazioni devono usarsi ad una dose minore che somministrati per la via dell' intestino. In Italia il dott. Grilli di Livorno introdusse pel primo la polverizzazione dell'acqua marina nello stabilimento Pancaldi e trovò nella sala d'inalazione sviluppo d'ozono quanto nell'aria libera. L'idrofero di Mathieu de la Drôme è uno strumento polverizzatore che può dare un bagno di un' ora con 3 1[2 litri di liquido. L'*Academie de Medecine* lo dichiarò una vera conquista terapeutica. Malgrado gl' innegabili vantaggi che presenta l' idrofero di una maggiore efficacia terapeutica, della possibilità di prendere qualunque bagno minerale o medicato senza recarsi in una data stagione ad una data fonte, pure si può dire che quell'apparecchio è pressochè dimenticato e noi l'abbiamo veduto inoperoso allo stabilimento idroterapico della Mattonaja in Firenze. Anche a questo capitolo è aggiunta una bibliografia, che è quasi intieramente straniera.

Nel decimo capitolo ritornando l'Autore alla balneoterapia c' intrattiene intorno ai bagni di fango e di muffe. Perchè non venga confusione colle sostanze che ricevettero un' applicazione nella me-

dicina balnearia, si premette un cenno sui depositi artificiali o naturali; i primi si ottengono per raccogliere sali od altro, gli altri prendono diversi nomi secondo la forma, la composizione e i luoghi ove si trovano, di stallatiti, stalammiti, travertini ecc.

Bagni di fanghi. — Sono questi i depositi delle acque minerali, nei quali oltre i principii mineralizzatori, ne fanno parte l'*humus* le materie organiche, la silice, il ferro e parecchi sali alcalini. In Francia col nome di *boues*, *limon*, *fange*, *vase*, si confondono insieme le materie minerali precipitate dalle acque spontaneamente, quanto le materie confervoidi che si sviluppano sulla superficie delle acque minerali che noi chiamiamo *muffe*.

È antichissimo l'uso delle applicazioni topiche del fango. Gli Arabi prendono la fanghiglia del Nilo, che è ferruginosa, ne coprono il corpo per lo spessore di un centimetro, la lasciano indurire al sole ardente, poi col corpo grondante di sudore entrano nel Nilo, si lavano, indi si ungono di olio e di grasso. Bagni generali e locali con fanghi e muffe furono usati dai Romani; nel medio evo continuarono pure le applicazioni specialmente ad Abano ed Acqui. Nel Nord si usa da poco anche il fango marino per bagni; in Svezia sono ora molto usati e dicesi anche a Sebastopoli.

I fanghi si preparano in vario modo, e questo nome si estende a molte composizioni. Ora sono i depositi ferruginosi che fanno le acque ferrate, tenuti uniti da una specie di alga, ora i fanghi di acque solforose in cui vi è la solforaria e la baregina, ora una sostanza bruna composta di alghe, conferve, radici, acido ulmico, acidi della sorgente, resine ecc., che i Tedeschi chiamano *Moor*, *Torf* e che lasciano decomporre all'aria aperta per accrescere la solubilità dei materiali che la compongono.

Kisch per i fanghi di Marienbad, Schivardi pei fanghi di Acqui ed altri in altri luoghi constatarono una frequenza del polso nel primo momento e della respirazione. Queste sostanze lasciano un senso di molle, di saponoso sulla pelle, producono talvolta eruzioni miliari. L'azione di queste applicazioni è risolvente e riescono principalmente nelle malattie croniche, nelle alterazioni articolari antiche, negli essudati. L'agente più importante di siffatta attività è l'alta temperatura di cui sono dotati. Applicati freddi non può avvenire alcun assorbimento di principj medicamentosi; nè possono agire come risolventi, non aumentando le funzioni della cute, e non provocano copiosa traspirazione.

Le artropatie, i reumatismi muscolari e le nevralgie sono le principali affezioni che si curano coi fanghi. Nella maggior parte dei

casi si applicano alla temperatura dei 35° a 45° C. e rari sono i casi in cui si arrivi a 50° C.; ordinariamente una sola volta al giorno e sono in generale bene sopportati.

Acqui è la stazione più famosa per fanghi in Italia. Sono questi fanghi per una metà composti di silice, poi di carbonato di calce, albumina, sesquiossido di ferro, ecc., e consistono in una « materia morbida, untuosa, pastosa, tenace, omogenea, di color cinericcio scuro, di odor solforoso, del sapore dell'argilla e dell'acqua solforosa. » In Acqui il paziente vien disteso sopra un sacco di paglia entro apposita vasca di marmo in un gabinetto dove vi ha una seconda vasca per bagno. Coperto il corpo rapidamente e con molta maestria dal fangarolo di un denso strato di fango della grossezza di 5 a 6 centimetri, l'ammalato vi rimane per 40 a 50 minuti, durante i quali prorompe un copioso sudore. Poi il fangarolo leva dalla pelle il nero intonaco e fa entrare l'ammalato nel bagno caldo, dove si lava e si deterge completamente.

Anche in Abano si fanno cure coi fanghi, i quali inoltre contengono materie organiche animali e vegetali.

A Battaglia i fanghi sono un pò diversi di quelli di Abano. I fanghi di Trescore ed il modo di applicarli sono egregiamente descritti dal dott. Galli che ne trattò recentemente. Egli propone di sostituire alle tenui ed inutili fangature fredde che si praticano attualmente, dei fanghi preparati con argilla, lasciati per un anno a contatto coll'acqua minerale ed applicati riscaldati a 40° o 45° C. I fanghi di Porretta sono più ricchi in solfo. Poco usati sono i fanghi solforosi di Viterbo.

La stazione più celebrata di fanghi in Germania è Franzensbad in Boemia dove si amministrano da 4000 bagni di fango all' anno. In quantità di ferro superano tutti gli altri fanghi che si conoscono. Si prendono fanghi anche a Marienbad, a Teplitz-Schönau pure in Boemia. Postény in Ungheria è una delle poche stazioni in Europa, dove più si usino fanghi.

In Francia i luoghi di bagni più rinomati per i fanghi sono Barbotan al sud di Bordeaux e Saint-Amand al nord della Francia.

Bagni di muffe. — A Valdieri e Vinadio in Italia le muffe hanno una sistematica applicazione. Le muffe ad una conveniente termalità detergono la pelle, ristabiliscono la traspirazione, operano una rivulsione e s' impiegano a risvegliare le funzioni cutanee, a combattere l' indebolimento di certe funzioni organiche.

Le muffe di Neris in Francia appalesano proprietà risolutive nel reumatismo articolare, nei tumori bianchi e si applicano quasi uni-

camente in frizioni e cataplasmi. A Dax pure in Francia vi è un' alga famosa che si applica nei reumatismi, nelle conseguenze di storte e fratture e nello stesso modo di quelle di Neris.

Altre specie di fanghi sono quelli che sotto il nome di *fanghi animali* si fanno nei pubblici macelli a Vienna, a Roma ed in altre città. L' importanza terapeutica dei macelli è ora accresciuta dai bevitori di sangue caldo e fumante che vi accorrono per ristorare le loro forze languenti, e non sapremmo se qui dovrebbero trovar posto i particolari di questa nuova bibita.

Altra specie di bagno sarebbe il *letame caldo* che può esercitare sulla pelle un' azione stimolante e rivulsiva.

I bagni di sabbia furono sempre assai in uso sulle rive del mare, coprendosi di sabbia da 3 a 6 centimetri tutto o parte del corpo, rimanendo così esposti ai raggi del sole, riparando solo la testa con cappello di paglia o con un ombrello. Di solito dura un quarto d'ora. Si usa nei reumntismi cronici e negli individui scrofolosi. In Oriente si fanno bagni di sabbia anche lungi dal mare. I pazienti si scavano grandi e profonde fosse nelle quali entrano e vi si seppelliscono fino al collo, restandovi finchè si pronuncia una forte traspirazione.

L'ultimo capitolo della seconda parte dell' opera comprende le cure accessorie.

Il massaggio. — Era questa una pratica comune a varie nazioni dell'Asia e sembra che i *tractatores* i quali esistevano in tutti i bagni romani, fossero incaricati di questa operazione; è da tempo usata e si continua ancora nei bagni turchi ed è molto sparsa in Francia, quasi come quella del bagno. Consiste in una serie di pressioni e di trazioni graduate, esercitate alternativamente sulle masse muscolari e le articolazioni. A Aix-en-Savoie e ad Aix-la-Chapelle il massaggio è l'oggetto di una applicazione speciale. Talora vi s' impiegano due operatori, uno diririgendo la doccia, l'altro operando sui muscoli.

Il massaggio è indicato: 1.° nelle affezioni da linfatismo e da scrofola; 2.° nell' indebolimento dell'organismo; 3.° in certe cachessie; 4.° nelle affezioni reumatiche muscolari croniche, nelle contratture spasmodiche, nelle rigidezze articolari; 5.° nelle paralisi con atrofia muscolare. Gli autori ammettono fra le indicazioni anche gl' ingorghi dei visceri addominali, ma lo Schivardi non crede che in questi il massaggio possa riuscire molto efficace.

Cure col siero di latte. — Gli antichi usavano in medicina il latte di diversi animali, ne usavano internamente ed esternamente, in abluzioni e bagni. Ai nostri tempi sorse una medicazione fatta col siero, cioè del latte privato della caseina e s' aprirono numerosi e

grandiosi stabilimenti, tenuti come quelli per le acque minerali. Il siero consiste in una soluzione di zucchero di latte, d'acido lattico, di una materia animale estrattiva e di alcuni sali come il cloruro di sodio e di potassio, solfati e fosfati. Ha un' azione lassativa; riesce vantaggioso nei fanciulli scrofolosi; nei malati di bronchiti, laringiti, catarri di petto, tisi. Anche i soffrenti d'affezione di ventre vi si trovano bene. La cura dura in generale da 3 a 4 settimane. Descrive l'Autore come si procede nella cura nello stabilimento del Seelisberg in Isvizzera da lui visitato nel 1867. Altri stabilimenti della Svizzera sono Righi-Kaltbad, Interlachen, Wäggis, Gais. La Germania ne ha pure di assai frequentati; la Francia non ne possiede; l'Italia ce ne offre un bellissimo saggio sul Monte Generoso.

Cure coll'uva. — Da poco tempo è sorto in Germania questo nuovo metodo di cura, sia allo scopo di completare l' azione delle acque minerali, sia per farne una medicazione speciale, principalmente indicata in quei tisici, nei quali l'affezione conserva un carattere sub-acuto. Di questa cura ci porge l' Autore una accurata descrizione, come egli la vide eseguirsi in Germania. Dura da 4 a 6 settimane ed il miglior tempo d' intraprenderla è alla metà di settembre. Consta dalle esperienze di Wöhler e di Millon che gli acidi organici dell'uva vengono bruciati e distrutti nell' organismo, lasciando per residuo dei carbonati alcalini, ed ecco come con questa medicazione guariscano alcune malattie dei reni e della vescica, principalmente la renella. La cura ora è principale od unica, *Hauptkur*, ora è secondaria ad una cura di acque minerali, *Nachkur*.

Le malattie cui si può applicare la cura dell'uva sono: le dispepsie, l' ipocondria e la melancolia, gl' ingorghi addominali, le coliche epatiche, la diarrea acuta o cronica, la più parte delle affezioni delle vie orinarie. Per essa migliora pure lo stato catarrale che accompagna le tisi, le bronchiti e le laringiti. La Svizzera seguì la Germania nell' introdurre questa cura e sorsero stabilimenti appositi, principalmente a Vevey. È pure usitatissima a Merano nel Tirolo. Il monte Generoso nel Canton Ticino si presta assai bene anche per la cura coll'uva, e le cui bellezze sono maestrevolmente tratteggiate nel libro.

Componesi la parte terza ed ultima dell'opera di due elementi esenziali della balneoterapia, quantunque diversi di natura e di scopo fra loro, cioè la balneotecnica e la legislazione.

Lagnasi giustamente lo Schivardi che nella costruzione degli stabilimenti balneari si ricorre soltanto all'architetto, senza che la si sia

prima studiata sopra un programma dato da un idrologo specialista. Come il medico deve intervenire nella balneotecnica con cognizioni speciali, così anche l'architetto deve essersi preparato con studi particolari, tanta è l'importanza dell'allacciatura delle sorgenti, della direzione e forma degli acquedotti, dei condotti di distribuzione, degli apparecchi idraulici e balneari. In Italia nessuno, crede l'Autore, potrebbe stare a fronte dell' ingegnere Jules François di Francia, collaboratore con Durand-Fardel, Le-Bret e Lefort del grande *Dictionnaire général des eaux minerales*. Si è quindi molto opportunamente proposte il nostro Autore di svolgere in questo capitolo le interessanti questioni che si riferiscono all'arte dell' ingegnere idrologo.

I stabilimenti dei bagni si dividono in due categorie, in quelli cioè che sono puri luoghi di operazione e quelli in cui il malato trova anche alloggio, vitto, servizio, assistenza medica ed operazioni balnearie.

Il sistema di accogliere in un medesimo locale chi intraprende una cura idrominerale affinchè vi trovi tutto il necessario è senza alcun dubbio il preferibile, ed è una necessità quando le sorgenti trovansi in piccoli paesi o in luoghi affatto campestri. In questi stabilimenti il locale dei bagni si terrà unito a quello dell' alloggio, con gallerie a vetri, con molti e facili accessi e il meccanismo per salire con facilità e prestezza i locali superiori. Inoltre le cucine, le stalle, i magazzini, le sale da pranzo e di riunione saranno pure unite al corpo principale con gallerie e portici.

Il luogo dove si beve l'acqua minerale deve essere nella sorgente stessa o ad essa vicinissimo, con comodità di accesso, eleganza e pulizia.

Fra gli stabilimenti italiani primeggia quello civile di Acqui. Quando sarà finito, anche quello di Casamicciola in Ischia sarà annoverato fra i primi d'Italia.

Per gli stabilimenti idroterapici, che l'Autore vuole ancora chiamare idropatici, dopo aver detto a pagine 287 che la parola *idropatia* è un vero non senso, è assolutamente necessario il sistema in comune, dovendo il medico vigilare sul vitto, la reazione e la condotta del malato. La posizione dovrà essere adatta al genere di cura che vi si pratica; l'acqua di sorgente, molto buona a bersi e della temperatura di 8° a 10° C. La sala delle doccie deve essere bene aereata, mantenuta ad una temperatura di 18° a 20°, esposta a mezzodì. Qui viene descritta e data la figura di una sala colle varie doccie e colla piscina, che noi vorremmo di preferenza situata in locale apposito. Alla piscina è applicato un pesante apparecchio per calarvi

quelli che per la loro malattia non possono immergervisi da sè. A noi sembra che questo attrezzo possa cagionare ingombro e non sia indispensabile alla pratica idroterapica. Le sale destinate alle sudazioni saranno separate da quella della doccia, ma in comunicazione con essa per breve tragitto. Alle sale delle operazioni si arriverà per un corridojo ben chiuso e lungo il medesimo saranno disposti i camerini da spogliatojo. Un gran portico con apparecchi ginnastici servirà per la reazione nei casi di cattivo tempo. I serbatoi d'acqua fredda saranno situati in vicinanza alla sorgente. A questi serbatoi è assegnata una capacità di 6 a 10 metri cubi, perchè l'acqua si possa rinnovare frequentemente e rapidamente. A noi sembra che non abbiansi a stabilire delle quantità assolute, ma piuttosto proporzionali al volume d'acqua della sorgente in un dato tempo ed al consumo dell'acqua durante le operazioni. L'altezza del serbatoio secondo Fleury sarebbe di 15 metri perchè le doccie possano avere una sufficiente pressione; Beni-Barde riduce questa altezza ad 8 metri e spesso trova questa pressione troppo forte, e lo Schivardi consiglierebbe di avere uno o due serbatoj situati ad un livello inferiore, per modificare così a piacimento la pressione. E qui osserviamo che si può agevolmente diminuire la violenza del getto spezzandolo o restringendo il lume del tubo di emissione col girare del robinetto. Segue nell'opera un' accurata descrizione dei varii locali ed attrezzi balneari, con figure illustrative, quali sono le diverse foggie di vasche, il gabinetto da bagno, la piscina, la piscina ginnastica o di natazione, il bagno a vapore, la stufa secca, la sedia e il letto sudatorio. Sono pure descritte e disegnate le varie forme di doccia e di semicupio di uso idroterapico ed indicati i modi pel riscaldamento della biancheria. Per l'idroterapia a domicilio sono ricordati gli apparecchi di Eydt sulle indicazioni di Fleury, le *doncheuses à air comprimé* di Bouillon, Müller e C. di Parigi; l'apparecchio del Menici di Livorno con figura, l'apparecchio Charles che si usa oggidì in Francia, il *bagno idroterapico economico* di Galante e Pivetta di Napoli, le tende da doccia usate in Francia con figura.

Sono indicati i metodi pel riscaldamento dell' acqua minerale e dell'acqua comune nelle tinozze, come pure quelle pel raffreddamento delle acque minerali di temperatura troppo elevata, presentando la figura dell'apparecchio che funziona nello stabilimento Manzi a Casamicciola.

È importante che i tubi che portano l'acqua dalla sorgente al serbatojo e da questi ai diversi servizii non vi producano alcuna alterazione e quindi la scelta della materia per i tubi dipenderà dalla natura

delle acque. L'allacciamento di una sorgente, *captage* dei francesi, è pure una delle operazioni idrologiche di primaria importanza.

Il trasporto delle acque forma un' industria speciale molto usufruttata in Francia ed assai limitata in Italia. Le acque più trasportate sono le bicarbonate sodiche e le ferruginose, perchè di facile conservazione; le solforose non si prestano molto; delle acque così dette digestive se ne fa un enorme uso. Le acque ferruginose si conservano, introducendo nella bottiglia prima di tapparla una bolla di gas acido carbonico, come ha proposto Melandri.

Per i bagni ad aria compressa viene data la descrizione degli apparecchi che esenzialmente consistono in una camera proporzionata al numero delle persone che si vuole introdurre. Una pompa premente ed aspirante messa in moto da una macchina a vapore comunica mediante tubo colla detta stanza. Devesi assicurare ai malati il rinnovamento di un'aria sempre pura.

A Montpellier la camera ha una forma circolare elegantemente decorata, a pareti metalliche assai resistenti, nella quale possono comodamente dimorare due persone. Una figura rappresenta due di queste camere; una aperta e l'altra chiusa.

Questi bagni costano da 6 a 7 lire per persona. Fontaine avrebbe trovato un bagno aereo a più buon mercato da potersi impiantare ovunque siavi una distribuzione d'acqua, che senza l'intervento di alcun meccanico si trasforma in distribuzione d'aria compressa. Questo *compressore automotore* o *domestico*, come lo chiama il dott. Fontaine, si calcola del prezzo di lire 5000.

Hauke fino dal 1870 imaginò un apparecchio che permette d'inspirare nell'aria compressa e di espirare nell'atmosfera libera, ovvero d'inspirare nell'atmosfera libera e di espirare nell'aria rarefatta a norma delle diverse indicazioni di cura.

Waldenburg poi ideò un altro apparecchio costrutto sullo stesso principio di quello di Hauke e ne corregge i difetti. Il dott. Schivardi descrisse minutamente questo apparecchio, dandone la figura, in una breve Memoria inserita nella Gazzetta medica lombarda e nel Giornale *Il Galvani*, di questo anno.

Fra gli apparecchi per l'aria medicata vi è nel testo la figura di un polverizzatore semplicissimo ad aria compressa, quella del polverizzatore a vapore, quella delle tavole di polverizzazione degli stabilimenti idrominerali, un'altra che rappresenta in azione l'idrofero di Mathieu ed in fine il disegno della bella sala di *respirazione* di Livorno, ideata dal dott. Grilli sul sistema Sales-Girons.

Nel secondo ed ultimo capitolo della terza parte dell'opera passa

l'Autore ad esporre la legislazione balnearia presso vari Governi e le regole amministrative in uso nei vari stabilimenti.

In Francia si ammise il principio che la sanità pubblica esigeva una derogazione al diritto di proprietà delle sorgenti minerali ed il Governo provvedeva secondo le circostanze ed i bisogni alla conservazione delle sorgenti. Un Decreto del Consiglio di Stato del 1781 impedì il libero uso di un'acqua minerale; una regia Ordinanza del 1823 si occupò anche della sorveglianza, della fabbricazione, depositi e vendita delle acque minerali. Colla Legge del 14 luglio 1856 le acque minerali si dividevano in sorgenti solo autorizzate ed in sorgenti dichiarate d' interesse pubblico. L' uso delle acque era vincolata ad una autorizzazione preventiva che non sarebbe stata accordata senza un' inchiesta sulle condizioni tecniche della fonte. Era pure stabilita un' ispezione medica obbligatoria per tutti quelli il cui prodotto annuo eccedeva la cifra di L. 1500.

Caduto l' Impero fu messa in discussione l' istituzione dell'Ispettorato; se ne occuparono l'Associazione generale dei medici, l'Accademia di medicina e l' Assemblea nazionale; infine l' Assemblea ha mantenuto gl' Ispettori.

In Italia il Governo finora ha pubblicato soltanto la *Statistica delle acque minerali*, la quale, come dice lo Schivardi, poteva riuscire più esatta e completa. Segue poi un estratto delle poche ed insufficienti disposizioni di legge emanate od in formazione che noi abbiamo in materia balnearia, coll'aggiunta proposta dal dott. P. Castiglioni al progetto di Codice sanitario, di 4 articoli.

L' amministrazione interna degli stabilimenti idrominerali varia secondo che la stazione appartiene allo stato, alle provincie, ai comuni, ai privati o ad istituti di beneficenza. Vi sono amministrazioni dirette dai proprietari o per mezzo di rappresentanze; per lo più predomina il sistema dell' affitto. In Italia abbiamo tutti i sistemi; il servizio medico ed igienico è lasciato in balia di speculatori e di intraprenditori, senza alcuna base sicura. Lo Stabilimento municipale di Acqui diede un nobile esempio coll' istituire una direzione da affidarsi al medico dello Stabilimento, e che questi venisse nominato per concorso pubblico, sottoponendo l'esame dei titoli ad una competente Commissione. Ivi nessuna operazione termale può essere eseguita senza permesso del medico ed il personale di servizio, quantunque assoldato dall' impresario, dipende dal medico.

In Abano si conserva l' organizzazione sanitaria del 1818, per la quale i medici addettivi prestano la loro opera soltanto a chi li richiede, libero ad ognuno di fare quanto più piace. E ciò permet-

tevasi, dice l'Autore da quel Governo austriaco che vietava al farmacista di spedire qualunque innocuo rimedio senza ricetta del medico. Senza entrare nei dettagli della legislazione balnearia durante la dominazione austriaca, che non era precisamente nella forma che si osservava in Abano, rispondiamo solo in omaggio alla verità storica, che nei regolamenti farmaceutici di quell'epoca era vietata senza ricetta medica soltanto la spedizione dei rimedi eroici, ossia di quelli segnati nella farmacopea con una crocetta.

In altri stabilimenti italiani l'ingerenza medica è più o meno assicurata nei rispettivi regolamenti o viene imposta dall'eminente posizione scientifica dei medici che vi sono proposti.

Quasi presso ogni grande stabilimento francese vi è un ospitale per i poveri assistiti dai medici ispettori e quasi sempre a spese dello Stato. Di questi spedali in Italia ve ne sono solo presso alcune stazioni. Il primo e più importante spedale pei bagnanti poveri è quello di Acqui, bello, ben distribuito, diviso per sessi, in luogo adattato, ben aereggiato e con tutti i comodi. Vi si ricovera un migliaio d'ammalati ogni anno a carico dello Stato. In Abano avvi un piccolo spedale ed un piccolo stabilimento con una diaria di favore. Uno stabilimento di carità avvi pure nell'isola d'Ischia diretta da un medico.

Noi aggiungiamo che allo stabilimento in Trescore del Comune di Bergamo vengono sul principiare e sul finire della stagione gratuitamente ricoverati ed assistiti un certo numero d'indigenti a carico del Comune stesso.

In Francia vi sono spedali militari presso diverse stazioni ed in uno si accolgono ammalati anche in un periodo d'inverno. L'impero austro-ungarico ha pure dato un certo sviluppo ai suoi stabilimenti termali militari. I nostri stabilimenti militari, come tutti gli altri spedali, sono diretti da ufficiali medici e si trovano presso le stazioni di Acqui, Vinadio, Monteortone, Ischia, Salsomaggiore, Casciana e Recoaro. Ricordiamo qui che durante il primo Regno d'Italia vi era uno stabilimento militare a Trescore e che un altro potrebbesi utilmente istituire alla stazione di acque bicarbonate calciche di San Pellegrino.

Il simpatico Autore della Guida alle acque minerali d'Italia, e di altri ricercati lavori d'idrologia e di climatologia, ha voluto far dono all'Italia di un opera italiana di balneoterapia, con tutto quel corredo di nozioni, di descrizioni, e di dottrina, nelle parti essenziali e nelle accessorie, che pienamente rispondesse alle esigenze attuali della scienza idrologica, e noi tutti dobbiamo essergli molto

grati. Notiamo con grande compiacenza un certo risveglio nella medicina balnearia, dopo che l'Italia ricomposta a nazione, potè offrire al libero sguardo degli studiosi le proprie naturali ricchezze. Le nostre stazioni marittime, idro-minerali, idroterapiche, alpine si accrescono, si abbelliscono, si perfezionano. Le produzioni scientifiche d'idrologia medica si succedono con rapidità e con crescente sviluppo; un giornale medico, il *Galvani*. s'intitola: *Giornale di elettro-idro ed aero-terapia*; un Bollettino idrologico è annesso agli Annali di medicina pubblica; gli egregi idrologhi Castiglioni e Chiminelli aprirono conferenze d'idroterapia l'uno, d'idrologia l'altro, all'Università di Roma; col sorgere dall'anno 1874 fu proclamata l'istituzione della Società italiana d'idrologia medica; una Società di pneumoterapia è costituita in Milano per aprire stabilimenti d'aria compressa.

Nel presente nuovo lavoro l'illustre direttore dei bagni d'Acqui raccoglie e condensa in un volume quanto vi ha di maggiore interesse nell'odierna idrologia medica; con molta chiarezza espone al medico le norme generali per le applicazioni curative, le qualità speciali delle acque idro-minerali, le particolari loro indicazioni terapeutiche; descrive i vari stabilimenti specialmente italiani, istituendo istruttivi confronti; indica all'arte, all'industria, alla speculazione dove e come possano ritrarre veri ed utili risultati, e svela il bisogno di una legislazione speciale, intenta a proteggere e favorire istituzioni igieniche e terapiche che i Romani portarono nel mondo conosciuto a tanta altezza e magnificenza. In quest'opera avranno i medici una guida sicura per suggerire con criteri scientifici quali acque e quali stazioni meglio convengano ai propri clienti; gl'idrologi possederanno con essa un comodo ed utile repertorio per continuare nei loro studi, e quanti s'interessano, per diversi scopi, di balneologia; chimici, tecnici od intraprenditori, troveranno in questo libro ricchi e preziosi materiali. Noi speriamo e desideriamo che da quest'opera riceva novello impulso quel movimento, lento sì ma progressivo, che abbiamo avvertito manifestarsi in Italia nella scienza idrologica e nella speculazione balnearia, e che meglio si possano usufruttare a vantaggio di tutti, tanti nostri tesori ora abbandonati e quasi ignoti.

L'illustre nostro collega cav. Schivardi è uno di quei pochi scrittori che hanno la meritata fortuna di vedere le loro opere riprodotte in breve volgere di tempo. Ciò avverrà indubbiamente anche per il Trattato di Balneoterapia, ed è per la seconda edizione del medesimo che vorrei riservare la manifestazione di due miei desideri:

l' uno che rileggendo con qualche attenzione il proprio libro, vi togliesse certi passi oscuri ed alcuni errori che non figurano nell' *errata-corrige*; l' altro che aggiungesse all' opera una quarta parte per la climatoterapia, di cui ci ha diggià offerto dei saggi assai fecondi.

POLEMICA

intorno agli esperimenti di trasfusione sanguigna eseguiti nell' Ospedale Maggiore di Milano il giorno 19 luglio 1875 riassunta e pubblicata dal dott. DE-CRISTOFORIS.

Gli esperimenti di trasfusione sanguigna eseguiti nell' Ospedale Maggiore di Milano dai signori dottori Ponza e Rodolfi, diedero origine, come lo sanno i lettori degli Annali, ad una lettera del dott. Bozzolo a me pubblicata nell'ultimo fascicolo di questo periodico. Questa lettera e le poche righe che io vi aggiunsi dispiaquero all' egregio dott. Verga e al sig. dott. Ponza cosicchè io ricevetti contemporaneamente con preghiera di pubblicazione, una lettera del dott. Verga al dott. Bozzolo e un'altra del dott. Ponza al dott. Bozzolo stesso e a me. — Eccoli serviti malgrado la forma poco conveniente dei loro scritti. — Però affinchè questa controversia sia fin d'ora definita, nè occorra più di risuscitarla negli Annali faccio seguire alla lettera dei dottori Verga e Ponza la *controrisposta* che il dott. Bozzolo fa ad essi comulativamente, dirigendosi al primo, nel tempo stesso che assume pienamente la mia parte per quanto fu rivolto al mio indirizzo.

Con ciò la Direzione intende troncata questa spiacevole vertenza onde non defraudare ulteriormente i Lettori degli Annali di uno spazio destinato esclusivamente a pubblicazioni scientifiche.

Dott. *De-Cristoforis.*

Schiarimenti sulle esperienze di trasfusione sanguigna che ebbero luogo nell'Ospedale Maggiore di Milano, *lettera del dott.* ANDREA VERGA *al dott.* CAMILLO BOZZOLO.

Milano 17 luglio 1875.

Mio caro dottore.

Ella ha voluto con lettera al signor cav. dott. De-Cristoforis comunicare le impressioni che ricevette nella seduta del 19 giugno u. s. all' Ospedale Maggiore di Milano da alcune esperienze sulla

trasfusione del sangue. Benissimo. Era padrone di farlo, come tutti sono padroni di esprimere i sentimenti in loro svegliati da uno spettacolo, da un discorso, da un articolo di giornale, ecc. Il manifestare le proprie impressioni in certi casi è un bisogno.

Ma io non saprei con qual coraggio impressioni del genere di quelle che Ella dice d'aver ricevuto, si possano render pubbliche da una persona gentile, graziosamente invitata a una seduta, quando della stessa seduta si dichiara di non avere pur compreso lo scopo. Il criticare colle stampe senza essersi fatta una precisa idea dell'oggetto della critica, sebbene non sia un vezzo nuovo, è sempre deplorevole; s'imbratta carta e si perde tempo, senza utile della scienza e con rischio di suscitare mali umori e lotte indecorose, massime tra gente che abbia qualche viscere compromesso e i nervi un po' irritabili.

Non oserei asserire, Ella dice nella sua lettera, *di averne ben inteso lo scopo*! Queste parole sono mortificanti per me che mi era fatto uno scrupolo di spiegar largamente, nel bel principio della seduta, li intenti della medesima; ma esse si torcono un pochino anche contro di Lei, mio buon dottore, 1.° perchè li uomini di giudizio non parlano di cose delle quali non hanno piena conoscenza, 2.° perchè nessun altro di tanti che intervennero a quella seduta mi fece, neppur all'orecchio, la stessa osservazione.

Non oserei asserire di averne ben inteso lo scopo! È una confessione ingenua, ma non necessaria. Si vede benissimo che Ella ha confuso una seduta scientifica della Società freniatrica con un trattenimento quasi teatrale, dato dai dottori Ponza e Rodolfi. Ma per quanto io legga e rilegga li inviti che diramai io stesso per la seduta e il discorso con cui ebbi l'onore d'inaugurarla, non vedo di avere in alcun modo contribuito a sì ingiuriosa confusione. Il dott. Rodolfi fu invitato dal Presidente della Società freniatrica a far conoscere in quella seduta lo strumento e i metodi con cui numerosissime trasfusioni di sangue, nel Manicomio di Brescia, eran state operate, senza gravi accidenti e non senza brillanti successi. — Quanto al dott. Ponza, uno dei membri più attivi della Società freniatrica, siccome egli era appena tornato da Parigi, ove era stato mandato dalla Deputazione provinciale di Alessandria per studi ematologici in rapporto colla trasfusione del sangue, il Presidente volle profittarne per rendere più viva e svariata la seduta, invitandolo a dire quanto avesse imparato nella capitale della Francia.

Non oserei asserire di averne ben inteso lo scopo! La cosa non è per sè un gran male. Forse Ella si era trovato troppo discosto da

chi ha parlato e operato; forse, e ciò mi spiacerebbe di più, era in quel giorno fisicamente indisposto. Il male sta soltanto in ciò che Ella non si è data, neppur dopo, alcuna briga per chiarirlo questo benedetto scopo. O che siamo noi così estranei l'un all'altro, o sono io così inaccessibile ai funzionari dell' Ospitale Maggiore, che riesca incomodissimo, difficilissimo, impossibile il cogliermi e l' interpellarmi? E non poteva ella, tardando io a comparire, dirigermi un bigliettino? O, se ella si peritava ad ogni modo di recarmi noia, non poteva aspettare che venisse in luce l'*Archivio italiano per le malattie nervose, ecc.*, che essendo l' organo officiale della Società freniatrica, ha l'obbligo di render conto delle sedute ordinarie e straordinarie che essa tiene nell'Ospitale Maggiore? Credeva Ella proprio che l' onore degli *Annali Universali di Medicina* e tutta la Repubblica medica pericolasse per la ritardata pubblicazione delle sue impressioni?

Non creda, caro dott. Bozzolo, che per la mia età io sia diventato intollerante delle censure e particolarmente di quelle dei giovani, nè che per la mia qualità di Presidente della Società freniatrica io voglia ora farmi paladino di quanto dicono e fanno i membri di questa. Io amo e stimo i giovani che al pari di Lei seguono con calma serena i passi della scienza nuova, senza dimenticare quelli dell' antica, e non ho difficoltà a concedere che nella gravissima questione della trasfusione del sangue Ella potrebbe avere qualche giusta obbiezione da fare ai medici alienisti. E sebbene i dottori Ponza e Rodolfi sieno stati da Lei trattati con poca ponderazione e con pochissima cortesia, io lascio ad essi medesimi, se crederanno che le critiche ne valgano la pena, il rispondervi. Essi sono ambedue validi combattenti e non hanno bisogno che altri loro insegni i colpi e le parate. Del resto i problemi che ingombrano ancora il campo della trasfusione del sangue non sono tali da potersi risolvere alla spiccia in un giornale.

Io voglio soltanto difendere me stesso, mostrandole come io abbia parlato in maniera da non lasciar luogo agli equivoci e alle false supposizioni che si notano nella di Lei lettera. E poichè Ella non ebbe la pazienza di aspettare che uscisse il processo verbale della seduta del 19 giugno u. s., permetta che io pubblichi qui stralciato almeno il mio discorso, il quale fu consegnato al tipografo poco dopo la seduta e del quale per conseguenza posso garantire la perfetta identità.

Debbo a Lei la fortuna straordinaria d' una doppia edizione del mio discorso. Ma più che di questo le sarò grato, se Ella vorrà adesso leggerlo con attenzione.

. . . . . .

« Ora due parole per spiegare meglio il come e il perchè ci siamo oggi straordinariamente convocati. Voi sapete quanta voga abbia presa a'giorni nostri la trasfusione del sangue. Intraveduta nei tempi mitologici, questa delicatissima operazione non poteva nascere vitabile che dopo la scoperta della circolazione del sangue; e nacque infatti nella seconda metà del secolo XVII, e fece i suoi primi passi per opera di due grandi italiani, il Folli e il Riva. Qualche grave disgrazia, commentata da medici che a quel tempo tendevano piuttosto a disanguare che a risanguare e da superstiziosi che vedevano nella trasfusione del sangue un temerario tentativo di usurpare le prerogative della divinità, la fece cadere. Ma risorse un secolo appresso; e ancora alla sua risurrezione concorsero efficacemente degli italiani, e in particolare il dott. Michele Rosa, che fiorì sulla fine del secolo passato, e un nostro contemporaneo e concittadino. Io non vorrei offendere la modestia di quest'ultimo spiattellandone il nome, poichè egli è vivo e qui presente; ma voi tutti già conoscete chi sparse bella fama di sè per i suoi studii ematologici, chi appoggiò la trasfusione a felici esperienze cliniche e ne raccontò le glorie e le sventure. Cadde dunque e risorse la trasfusione del sangue. Ora i medici sono impegnati a fare che non si compia per essa il verso del Manzoni: *cadde, risorse e giacque*; verso, del resto, che riepiloga la storia di molti rimedii, di molti uomini e di molte istituzioni.

Secondo alcuni, la più ovvia, la più logica, anzi l'unica indicazione della trasfusione del sangue starebbe nell'anemia acuta, nella emorragia traumatica, profusa, fulminea, nel disanguamento. Altri la estendono alla anemia lenta, alla oligoemia, alla idroemia, alla cloroemia. Altri vanno più in là e la credono consigliabile anche nei casi in cui è più turbata la crasi che difettosa la quantità del sangue. Perciò si vide tentata la trasfusione del sangue nella leucocitemia, nella pioemia, nella setticoemia, nell'uremia; nelle cachessie, come nella cachessia palustre, nella scrofola, nello scorbuto, nella pellagra; nell'emorrofilia, nelle intossicazioni, nell'asfissia, nella febbre puerperale, nel tifo e perfino nella tisi tubercolare. È chiaro che altra è la maniera di vedere dei primi trasfusori, altra quella degli ultimi. I primi considerano soltanto la trasfusione come un mezzo di ristabilire con una riparazione idraulica la naturale tensione dei vasi sanguigni. Li ultimi partono da un punto più alto e più fisiologico, e vedono nella trasfusione un vero innesto animale, un mezzo di far rifiorire, provocando una salutare reazione, tutto l'al-

bero sanguigno, e di ricondurre le funzioni da lui dipendenti alla normalità e all' armonia. Quest' idea era già balenata ai primi trasfusori, alcuno dei quali la paragonò anzi ad un innesto vegetabile e un altro annunziandola al mondo scientifico la chiamò *transplantatio nova*; ma chi la scolpì con rigore scientifico fu quel nostro concittadino che vi ho or ora lodato. Uno dei più operosi Corpi scientifici d' Italia s' impossessò della di lui idea e ne affidò la dimostrazione a un pubblico concorso, di cui vedremo quanto prima i risultati.

I medici alienisti, benchè una delle prime e più portentose guarigioni sia stata operata colla trasfusione del sangue dal Denis sopra un maniaco, non si fecero vivi a questa operazione che ultimamente; e in tale fase noi vediamo ancor primi li italiani. Se la trasfusione del sangue, essi dissero, è indicata nei vizii quantitativi e qualitativi del sangue, se cotali vizii formano la base o una complicazione grave di alcune affezioni nervose e psichiche, perchè non potremo anche noi in queste affezioni tentare la trasfusione del sangue con speranza se non di guarire almeno di migliorare notabilmente i nostri ammalati? Detto fatto: la trasfusione del sangue per dritto o per isbieco penetrò in pochi anni in quasi tutti i manicomii dell'Alta Italia, e voi sapete quante trasfusioni siensi praticate nei manicomii di Pesaro, d' Imola, di Reggio d' Emilia, e specialmente nei manicomii d' Alessandria e di Brescia.

In tanto fervore di trasfusioni i medici alienisti di Milano stettero cheti, nè io saprei biasimare la loro prudente aspettazione. Troppo a lungo si era qualificata la trasfusione del sangue un rimedio *non solum anceps sed periculosum*; anche recentemente un illustre chirurgo la chiamava un *mezzo curativo eccezionale*. Ma quando i medici alienisti di Milano videro nei rendiconti delle trasfusioni comparir frequentemente dei benefici effetti e non mai un vero disastro, quando videro un areopago d'alienisti emettere un voto che suonava elogio e incoraggiamento ai trasfusori, anch' essi espressero il desiderio di prender parte a queste esperienze. Ed ecco già una ragione per la quale la Presidenza della Società freniatrica si è determinata all' odierna adunanza.

Ma ciò non bastava. La trasfusione del sangue è ben nota a questo Ospitale, non *grande* soltanto per le miserie cui dà asilo, ma anche per i mezzi di cui dispone e per le capacità da cui è assistito. Molte trasfusioni abbiam viste qui maestrevolmente eseguite ed alcune con esito assai felice. Per rinnovarcene lo spettacolo, bastava che noi ci fossimo rivolti all' abilissimo personale della nostra guar-

dia chirurgica. Ma, se non m' inganno, qui le trasfusioni si eseguirono sempre collo stesso metodo, che io direi *classico*, e che consiste nel levare poche once di sangue dalla vena d' un uomo sano e robusto, e injettarlo nella vena d' un ammalato, previa defibrinazione o anche senza defibrinazione. I medici alienisti invece, visto che il sangue umano può in qualche caso mancare, assicurati d' altronde dal microscopio che i globuli del sangue di certi animali sono affini per volume a quelli del sangue umano, istrutti dalla chimica e dalla fisiologia che il sangue arterioso è più promettente e vitale che il venoso perchè ricco d' ossigeno, ritornarono volontieri ad uno dei metodi primitivi, che è quello di trasfondere sangue arterioso d' agnello nella vena dell' uomo.

Non è questo il tempo nè il luogo di discutere quale delle due pratiche sia da preferirsi. Probabilmente in alcuni casi sarà più indicata la trasfusione di sangue venoso umano, in altri la trasfusione di sangue arterioso pecorino. Ma io credo che a tutti i medici debba importare di farsi un' idea chiara dei diversi metodi di trasfusione e del relativo tecnicismo, specialmente quando vi sia chi li abbia resi semplici e facili; perocchè soltanto ciò che è semplice e facile può diventar popolare in medicina.

Questa o Signori, è la ragione principale per cui oggi foste a questa seduta invitati. »

. . . . . .

A me sembra che in questo discorso appaia chiaro e lampante lo scopo della seduta, ; scopo semplice, modesto, non inutile per i membri della Società freniatrica e specialmente per quelli cui era mancata l'opportunità di assistere a trasfusioni del sangue. I dottori Ponza e Rodolfi non ci fanno per nulla la figura di aver *dato essi il trattenimento, il primo per far noto un suo singolare concetto, secondo il quale il sangue iniettato nel tessuto cellulare sottocutaneo vien portato tal quale nel circolo, e il secondo per mostrare uno strumento di sua invenzione.*

Dopo questi franchi e leali schiarimenti io spero che Ella riconoscerà di aver avuto troppa fretta di pubblicare le sue impressioni, e continuerà a voler bene, come prima e più di prima

Al suo devotissimo *Verga*.

Delle trasfusioni eseguitesi nell' Ospedale Maggiore di Milano.

Agli egregi dottori BOZZOLO e DE-CRISTOFORIS.

Cave criminationes, vulgus enim veritatem ignorans ex opinione iudicat.

ISOCRATE.

Signori.

Se posso non fare caso del giudizio poco benevolo da voi pubblicato sulle trasfusioni di sangue praticatesi il 19 giugno nel comparto dei deliranti del vostro Ospedale Maggiore, essendochè gli *Annali Universali di Medicina*, ove vi piacque combattermi, come ebbero per il passato una grande importanza nella letteratura medica, ed una maggiore ne potranno acquistare per l' avvenire, sento il bisogno di altamente protestare per gli *spropositi*, che mi avete gratuitamente affibbiati. Ma di essi ve ne discorrerò colla debita diffusione più innanzi.

Caddi proprio di meraviglia in meraviglia allorchè lessi, che avevate asserito nel preambolo della vostra pubblicazione essere io venuto espressamente fra *voi* per dare un pubblico trattenimento di trafusione!

Se mio malgrado posso esservi riescito ospite sgradito, vi assicuro, che non avrei mai osato affrontare spontaneo le maestose arcate del vostro grande Ospedale del quale da un pezzo appresi ad ammirare i miracoli che vi compie la Scuola Medico Lombarda, così dotta, intelligente, operosa ed ardita.

Intervenni a quella seduta perchè invitato dall'Illustre Presidenza della *Società Freniatrica*; per cui il vostro esordio stuona assai in linea di fatto colla verità, e quasi parmi arieggi, più che dovrebbe, come l' incoronamento dei famosi *entrefilets* del Secolo, e del Pungolo, contro i quali si era già elevata severa la voce dell' illustre prof. Verga. Nessuno meno di voi poteva ignorare che il Comitato della Società Freniatrica sedente a Milano, aveva divisato di fare eseguire talune esperienze di trasfusione; e per minore disagio degli invitati, anzichè le infermerie della *Senavra* fu prescelto il *comparto dei deliranti*, ove degendo in cura anche molti alienati, era ben facile prescegliere con giusto e razionale criterio gli operandi.

Duolmi pertanto assai, che abbiate dimenticato, che coteste cose ve le aveva pur dette il chiarissimo Verga, quando nell'aprire la se-

duta si compiacque fare quella nitida e brillante monografia della trasfusione.

L'inesattezza pertanto del vostro preambolo cade di per sè stesso; seppure ad esprimerla non v'indussero pretesti che sarà bello tacere!

Allorchè accettai d' intervenire alle esperienze della trasfusione, ignorava affatto i dettagli e l' ordine del programma. Riescirammi pertanto assai facile persuadervi, che se non avessi avuto il dovere di conformarmi all' onorifico e grazioso invito della Presidenza, io non avrei aperto bocca; così consigliandomi le convenienze, ed esigendo per di più il rispetto, che io doveva altissimo a quell'illustre e dotta assemblea di scienziati.

Esposi senza alcuna pretesa le mie idee, accennando ai fatti, dai quali ero partito, per tentare, come ci sono fortunatamente riuscito, di dare alle manualità operative della trasfusione quella maggiore semplicità e sicurezza, che poteva essere aspirazione legittima di un'intelligente chirurgia. Il perchè ho la coscienza di non avere fatta ad alcuno una presuntuosa lezione! Ma mi sono invece limitato a svolgere il programma che mi era stato in modo così lusinghiero e cortese indicato.

Sono pertanto tuttora sbalordito per quanto mi attribuite come detto da me, ed a cui io non avevo neppure sognato.

Se il metodo col quale il dott. Malassez usa ed insegna a contare i globuli rossi del sangue umano non incontra il pieno vostro aggradimento, me ne spiace assai; ma non saprei che farci!

Incapace di conoscere precisamente, se in linea di dottrine idrauliche, ottiche e fisiologiche, il prof. Ceradini, che lo critica, abbia o meno ragione di respingerlo quasichè inesatto nelle sue risultanze, mi tengo assai soddisfatto dell'utile che ne ricavo come mezzo diagnostico. Tanto più che di questo metodo portarono giudizio favorevole e *Claudio Bernard* nelle sue lezioni fisiologiche pubblicate nella *Revue scientifique*, ed il prof. Robin nel suo classico trattato *Sur les Humeurs*; e *Tarchanoff* con *Tween* negli *Archives de Physiologie*; e *Wibonchewitich* di Mosca, che l'uso per dimostrare l'influenza delle preparazioni mercuriali sulla quantità dei globuli rossi e bianchi del sangue come si può leggere nelle riputatissime pubblicazioni fatte dal laboratorio istologico del Collegio di Francia.

Mi sia d' altronde anche lecito ripetervi che all' *Hotel Dieu* di Parigi fu più volte adoperato da Béhier, e da altri professori prima e dopo le trasfusioni.

Mi rimproveraste eziandio, perchè io opini che il *sangue trasfuso nel tessuto connettivo sottocutaneo passi inalterato nel cir-*

colo sanguigno! Ero perfettamente autorizzato a fare simile supposizione, perchè trasfuso *sette grammi di sangue* arterioso d'agnello nel tessuto connettivo del ventre di un capretto bimense; ucciso l'animale nove giorni dopo, non solo non trovai più traccie di sangue; ma quasi mi fu impossibile riconoscere il luogo della puntura.

Ed a maggiormente confermarmi in questa opinione concorse l'essere accaduto lo stesso fenomeno nel capretto che trasfusi alla vostra stessa presenza. Tornato io infatti a Milano il 27 giugno in quella guisa che *vi feci* la numerazione dei globuli rossi ai degenti stati trasfusi il 19, e nei quali riscontrai aumentati i globuli in tutti per ogni millimetro cubo della loro massa sanguigna, ed il cui risultato preciso ho fatto consegnare al prof. Verga, ho pure fatto abbattere il capretto, e non fu possibile trovare nel tessuto connettivo del di lui ventre traccie di sangue. In esso non esistevano globuli, non plasma, nessuna particella di materia colorante. Ed appunto parmi strano che ignoriate come a quella ricerca fossero presenti il Biffi, il Brocca, ed altri sanitarii addetti a quell' Ospedale. Ond' è che le vostre strane meraviglie, ed il vostro argomentare in contrario mi sembrano un'arbitraria ed insieme capricciosa maniera di esprimervi.

Credo che il sangue per quella via già indicata da Landerberg di Stuttgarda, e seguita come risulta da altri illustri fisiologi e clinici di Germania, possa assimilarsi completamente; non essendosi verificato alcun sconcerto funzionale nei capretti trasfusi, come dissi nel mio Manicomio di Alessandria, e nell' Ospedale di Milano; ma sopratutto perchè il risultato clinico m' induce a ritenere siffatto assorbimento come un fatto costante. E se io non ebbi l'occhio vostro linceo che sorprese altre metamorfosi, mi tengo soddisfatto del risultato empirico, e vivo tranquillo e sereno nella mia credenza.

Voi poi non avreste dovuto scordare che in quella seduta io vi avessi anche accennato che anche nel lipemaniaco pellagroso del mio Manicomio al quale il 20 maggio *avevo levato cinque litri di siero dall' addome con analoga paracentesi avevo il* 25 *successivo trasfuso sette grammi di sangue arterioso d'agnello nell'avambraccio destro*. E aggiunsi che cotesto sangue dopo quindici giorni senza mai avere offerto minaccia di flemmone si era tutto assorbito.

Sono pertanto oltremodo mortificato, che m'abbiate attribuito lo sproposito che segue. — Cioè *che dal tempo trascorso dall' operazione alla enumerazione stessa dei globuli si era fatto un copioso versamento pleuritico, di cui si praticò l' evacuazione*! Adagio ai mai passi o signori miei contradditori! Che a meglio convincervi

della madornalità del vostro errore, anzi gratuita invenzione, vi invito a leggere la dispensa di giugno del *Morgagni*, ove ho riferito questo stesso fatto al chiarissimo professore Vizioli di Napoli, e per di più sotto la data del 28 maggio 1875.

Da quella stessa lettera rileverete l' altra circostanza importantissima di fatto, che i globuli rossi, i quali poche ore prima della trasfusione sottocutanea praticata nell' avambraccio destro del lipemaniaco già citato, erano soltanto 2,925,626; riscontrati 18 ore dopo la trasfusione fossero saliti 3,578,400 per ogni millimetro cubo della massa sanguigna totale dell' individuo.

E se pertanto un' appassionata prevenzione non vi avesse fatto velo al giudizio, non mi avreste attribuito detti al rovescio; nè vi sareste con tanta leggierezza abbandonati al sarcasmo, facendo inopportuna concorrenza ai giornali umoristici, i quali di consueto invertono le questioni per il gusto matto, di fare sbellicare dalle risa omeriche il lettore. E siete se male non m'appongo sempre Voi che errate, quando fate le meraviglie, che dopo la numerazione i globuli del sangue fossero unicamente cresciuti *di un decimo di millimetro cubo*!

L'aumento da me constatato riguarda la cifra rotonda di 652,780 di globuli rossi per ogni millimetro cubo di sangue. Provatevi di grazia a moltiplicare, questa che voi chiamate inezia, per la massa totale del sangue, il quale è forse di sei chilogrammi per ogni adulto ben costituito, e troverete che una innumerevole miriade di globuli vi faranno rimanere a bocca aperta! Se amate farvene un'idea approssimativa leggete l'*Ambasciata fisiologica di* Moleschott. A me sembra poco conveniente, nè di buona lega criticare ciò che si ignora!

Dopo cotesto, desiderate voi conoscere cosa rimanga della vostra enfatica esclamazione. — *Prova clinica veramente degna di tal nome*! — Nulla più, nulla meno di una grossolana impertinenza che avete sostituito ad una seria ragione scientifica!

E neppure in quella seduta mi sono arrogato il primato per l'invenzione di alcun trasfusore. Accennai unicamente come trovandomi a Parigi mi fosse riescito di farne eseguire da abili artefici alcuni più precisi. Ed inoltre, sebbene io non l'abbia usato, tuttavia ho mostrato a tutti un trasfusore in *Nichelio a stantuffo girante*; e con vostra buona venia tutti cotesti istromenti non hanno nulla di comune o di simile col trasfusore Moncoq, col quale fu fatta *una sola trasfusione di sangue venoso.*

Mi faceste eziandio rimprovero perchè non ho accennati fatti cli-

nici in appoggio della opportunità della trasfusione nei mentecatti. Dopo la dissertazione del prof. Verga, che passò in rassegna rapida ma precisa tutti i tentativi fatti dentro e fuori d' Italia nei secoli passati e nell'epoca presente colla trasfusione, io avrei portato nottole ad Atene, se avessi aggiunto verbo. E l'Assemblea stessa così dotta sarebbe stata di santa ragione annoiata dalle mie ripetizioni importune, essendochè del vostro desiderato sono ripiene le effemeridi scientifiche e perfino le politiche. E se a voi sfuggirono, io non saprei che farci!

La mia esposizione aveva un duplice obbiettivo. In primo luogo dimostrare che si poteva pompare direttamente il sangue arterioso dalla carotide dell' agnello ed immetterlo senza esporlo al contatto dell' aria atmosferica, e senza alcuna alterazione della sua meravigliosa coesione, sia nel sistema venoso umano, sia nel tessuto connettivo sottocutaneo ove si sarebbe felicemente e completamente assorbito. Ed in secondo luogo che il sangue poteva rimanere sebbene arterioso più minuti nel trasfusore senza coagularsi.

E contro la presupposta e temuta coagulabilità ricordo assai bene d' aver citate le esperienze che Franz Glenard instituì alla Scuola Veterinaria di Lione e che per vostro ammaestramento costituisce il tema della di lui tesi d' aggregazione.

Lavoro che lo stesso prof. Verneuil mi suggerì di consultare, appunto perchè favorevole all' idea che si potevano fare trasfusioni pompando il sangue arterioso ed eseguire per bene simile operazione primachè il sangue s' abbia a coagulare.

Per cui sicuro di non aver detto, *che il sangue arterioso poteva stare anche un'ora nel trasfusore*, ripeto qui d' aver riferito, che può starci benissimo senza danno per tutto il tempo necessario per praticare una trasfusione per le vene, o per via del tessuto sottocutaneo, come ho fatto alla vostra stessa presenza.

Sono eziandio sicuro di avere allora soltanto accennato al *siero endotoracico* quando affermai che l'Hayem ritenendo inopportuno il siero artificiale di Malassez perchè costituito anche con solfato di soda, consigliava si usasse l' amnios della vacca iodato secondo la formola di Schultz; ed in mancanza di esso potersi sostituire il siero *tanto della paracentesi addominale, che pleuritica.*

Chi dunque avete creduto di mistificare coll' avermi attribuito, che *nel lipemaniaco che avevo trasfuso col metodo sottocutaneo* si era fatto un copioso versamento pleuritico? Non è lecito fare della critica sognando!

Ed io che mi sono tanto affannato per rendere con talune modi-

ficazioni al sistema Caselli la trasfusione meno pericolosa, non sarò mai colui che trasfonderà a cosaccio.

Per i fatti clinici che mi sono proprii non posso concordare con tutti quegli autori che avete citati, perchè dei miei trasfusi diversi opportunamente costituiti risanarono eziandio delle frenosi che li molestavano e se stenta ad entrarvi questa persuasione sono disposto a portarvi a Milano i guariti che da molti mesi lasciarono il Manicomio.

E come ho già pubblicato non ebbi mai a vedere in essi alcun fatto emorragico, e nessun embolismo, perchè ebbi la fortuna di eseguire venti trasfusioni senzachè gli operati all' infuori dei dissesti *cianotici* sempre fugaci, non furono mai obbligati a tenere il letto una giornata, e molti neppure un' ora. Forse perchè ciò avvenne in Italia non sarà vero, e la critica avrà la pretesa di misconoscerli?

In ogni trasfusione procedo colle debite cautele; ed anzi tutto cerco di fare diagnosi esatte delle condizioni viscerali dell'operando con tutto quel corredo di indagini uroscopiche, oftalmoscopiche, sfigmografiche, termogeniche, come ho già comprovato con quella relazione che lessi al Congresso della Società Freniatrica d' Imola, che se amate conoscere troverete pubblicata nell' Archivio Italiano delle Malattie Nervose.

Per cui giro ognora largo da ogni incipiente cachessia e sopratutto dai guasti disorganici. Limito la trasfusione allo scopo di ricostituire organismi che andrebbero deperendo irreparabilmente per marasmo pellagroso. Trasfondo per eccitare alienati sitofobi e lipemaniaci stupidi.

Ed in quella guisa che ho nella trasfusione diretta di sangue arterioso d'agnello col metodo Caselli, limitato la dose a sole 40 grammi di sangue, io pure misurandolo per approssimazione come usarono molti tedeschi, salvo a ripetere l'operazione dopo otto o dieci giorni. Nè vale la vostra sarcastica esclamazione per la dose insignificante che s'immette colla trasfusione sottocutanea, essendochè di simili atti operativi se ne possono fare contemporaneamente anche tre in punti differenti del corpo, a patto che si prescelgono quelle ove il tessuto connettivo sia più abbondante.

Farmi poi un grave rimprovero che batto una falsa strada mescolando sangue di bruti al sangue umano, richiamando quasi le trepidazioni di una vecchia fisiologia, è uno sconoscere di soverchio i fatti, ed equivale a non valutare convenientemente le esperienze di Gesellius, il quale fino dal 1873 provò con analoghe esperienze che simile miscela è innocua.

E tale innocuità la confortò il fatto clinico. Credo che non vi sarà sfuggito come siasi trasfuso con sangue arterioso o venoso d'agnello a Reggio d'Emilia, ad Imola, a Novara ed altrove, senza contare ciò che fece ripetutamente l'illustre Albini a Napoli. All'infuori di una molestia maggiore o minore, ma sempre fugace indotta nei trasfusi dalla cianosi, nessuno ebbe in Italia a patire sconcerti funzionali. E ciò che qui vi asserisco non è poesia estemporanea ma storia clinica genuina.

Sebbene poi ve l'abbia già detto, trovo opportuno di ripetervi d'avere esplorate le orine dei miei venti trasfusi sia coi *reagenti chimici*, ed *anche al microscopio*, e di averle sempre trovate spoglie di glucosio, di albumina, ed emoglobina, e di avere ripetute le indagini per tre giorni consecutivi dopo la trasfusione, e le stesse orine non erano neppure eccessivamente acide. Altrettanto asserivano Albini, Vizioli, Roussel e Béhier per le trasfusioni che gli appartengono. In Italia poi nessuno finora incontrò l'ematuria come piacque a Ponfick di asserire; nè altra qualsiasi emorragia.

E fù unicamente per rendere la trasfusione scevra da certi inconvenienti che mi sono proposto di trasfondere sangue arterioso di bruti, o venoso completo umano nel tessuto connettivo sottocutaneo. Siccome poi non uso mai mettermi le penne del pavone non ho lasciato ignorare, che invaghito dell'idea di Landerberger, cerco ricostituire senza danni e pericoli gli alienati pellagrosi, nei quali anche per il fatto delle frenosi che li molestano, la prevalenza dei globuli bianchi eccessiva già constatata dalle indagini istologiche di Sutterland, è fatta maggiormente manifesta dalla numerazione dei globuli sia che si adoperi il metodo di Malassez, ovvero quello più recente del Hayem, che alla Charité di Parigi viene applicato nel corso di malattie acute, e nelle febbri dissolutive.

Veramente non so comprendere come in un secolo di tante ardite e meravigliose iniziative, e nel quale il genio medico tenta svelare il prodigioso mistero della vita, Voi dobbiate tanto abborrire il concetto del Galileo, per irridere a priori coloro che cercano con ansia affannata i mezzi di rendere la trasfusione del sangue più spiccia e quasi indolora!

Ed ora consiglio per consiglio! Nelle discussioni scientifiche per essere convenientemente apprezzati e creduti conviene essere esatti allo scrupolo! Conformatevi adunque Voi pure a questo elementare precetto di dignità sociale, e nelle controversie mediche metteteci sempre *meno fegato e più cervello.*

Ciò detto nella fiducia, che questa mia sarà l'ultima parola, che

mi costringerete a rivolgervi, se non per persuadervi almeno per confutarvi, mi professo di Voi

Dal Manicomio di Alessandria, 31 lugiio 1875.

Umilissimo servitore
Dott. *G. L. Ponza.*

Risposta del dottor Bozzolo all' Illustrissimo sig. dottor Verga.

Nervi il 25 agosto 1875.

Nella lettera, ch'Ella ha la singolare degnazione di dirigermi, Ella dice di non intendere *con quale coraggio* io potessi fare le dichiarazioni contenute nella mia al dott. De-Cristoforis, inserta nell' ultima dispensa degli Annali universali. L'onore, di cui Ella mi fa segno, mi commove tanto più, in quanto io era le mille miglia lontano dal sospetto, ch'Ella dovesse prendere un qualsiasi interesse a quelle poche idee esposte senza pretesa, al mio buon amico il dott. De-Cristoforis, che credette opportuno di dar loro pubblicità per la stampa. Però non posso tacerle che io non ho fatto uso di coraggio di sorta quando ebbi a redigere quella lettera. Ella medesima conviene che *in alcuni casi il manifestare le proprie impressioni è un vero bisogno;* sicchè io dubito che in fondo in fondo Ella non sia poi tanto meravigliato quanto vorrebbe far credere.

Ella parla di un invito grazioso, quasi si trattasse di un biglietto di favore, ch'Ella avesse fatto tenere a me personalmente, per aprirmi le porte del teatro chirurgico in quella giornata del 19 giugno. Ma Ella, che fu parecchi anni Direttore del nostro Massimo Ospitale, sa meglio di me che i medici addetti al medesimo non trascurano qualunque occasione loro venga offerta di istruirsi a buon mercato e senza perditempo. All'adunanza del 19 giugno invitava un avviso generico affisso alle colonne d' ingresso del cortile, come è d'uso ogniqualvolta i medici addetti allo stabilimento vengano convocati a scopo scientifico dal Medico Capo o dal Capo Ispettore; e non è troppo esatto quanto Ella asserisce, che, cioè, *nessuno, me escluso,* dei tanti, che vi intervennero, ne uscisse senza averne compreso lo scopo. Io potrei citarle i nomi di parecchi Collega, i quali al pari di me si domandavano lo scopo delle dimostrazioni dei dottori Ponza e Rodolfi; potrei anche dirle, nè avrei bisogno di dirglielo precisa-

mente ad un orecchio, che non pochi parlavano di quel trattenimento come di una mistificazione; ma preferisco limitarmi a produrle un solo nome, pel quale Ella avrà forse qualche rispetto, quello del nostro amico comune dott. De-Cristoforis, specialmente autorevole in fatto di trasfusione sanguigna, il quale colla pubblicazione della mia lettera, diè prova di dividere in tutto le mie impressioni ed opinioni.

Ella non sa vedere nella lettera al dott. De-Cristoforis se non *una confessione ingenua, ma non necessaria*; anzi Ella ne definisce l'Autore per uomo *fisicamente indisposto:* e il Presidente d'una società freniatrica sa quel che dice, quando qualifica un uomo per ingenuo oltre il bisogno e perfino fisicamente indisposto. Tutto questo, nè questo solo, ma anche il rimprovero fatto a me di *scortesia e di poco giudizio*, si riflette naturalmente sul nostro Egregio Collega Direttore degli Annali universali; io posso dunque aver meritato la mia sorte, e non me ne lagno; ma voglia Ella almeno misurare la profondità dell'abisso, nel quale Ella mi ha scaraventato, e riconoscere la necessità, in cui mi trovo, di replicare alla di Lei lettera, almeno per un riguardo a quel terzo, che io avrei compromesso così gravemente e con sì *poca ponderazione.*

Lo scopo dell'Adunanza del 19 giugno, di cui lo scrivente non potè nel suo stato mentale farsi un concetto adequato, lo trovo ora dichiarato per la stampa e in seconda edizione, com' Ella dice, in queste parole dell' Illustrissimo Presidente della Società freniatrica: « Io credo che a tutti i medici debba importare di farsi un' idea « chiara dei diversi metodi di trasfusione e del relativo tecnicismo, « specialmente quando vi sia chi li abbia resi semplici e facili; « perocchè soltanto ciò, che è semplice e facile, può diventar popo- « lare in medicina. Questa o signori, è la ragione principale, per « cui oggi foste a questa seduta invitati. »

Ella dunque credeva che i membri della Società freniatrica, come i medici in genere del nostro Ospedale, avessero e dei metodi e del tecnicismo della trasfusione *un' idea almeno oscura.* Ma poteva Ella ritenere in buona fede che i dottori Ponza e Rodolfi avessero di fatto illuminato il loro uditorio, e che quindi fosse raggiunto lo scopo, che il Presidente della Società freniatrica si era proposto? In quella imbecillità di mente, che, pur troppo, ho comune con parecchi Collega, e nominatamente col dott. De-Cristoforis, nell'Adunanza del 19 giugno io non avrei imparato se non questo:

1.° Che aria può impunemente injettarsi nelle vene dell'uomo e degli animali:

2.° Che il sangue infuso nel connettivo sottocutaneo passa inalterato nel circolo sanguigno:

3.° Che il sangue d'agnello è ben lontano dall'essere tanto coagulabile, quanto generalmente si crede:

4.° E finalmente che qualche centimetro cubo di sangue injettato nel connettivo sottocutaneo vale ad aumentare il volume di questo liquido circolante, come l'injezione nei vasi di un volume di sangue molto maggiore.

E ciò Ella chiama una lezione intorno ai metodi e al tecnicismo della trasfusione del sangue?! Ella ha forse ragione di dire, *che gli uomini di giudizio non parlano delle cose, delle quali non hanno piena conoscenza.*

Ella ha certamente udito parlare di un ciarlatanismo nella scienza, che, nato appunto in Francia non molti anni addietro, fu trapiantato in Italia, dove si acclimatò, pur troppo, felicemente. Grazie a codesto ciarlatanismo passano da noi poco meno che per scienziati uomini, che della scienza non conoscono l'alfabeto. E pel solo fatto che io ardiva esprimere il disgusto destato in me, come in altri, da qualche manifestazione di questo cirlatanismo, Ella non si perita di accusarmi di aver temuto, che *l'onore degli Annnli Universali, anzi perfino dell' intera repubblica medica si trovasse in pericolo*!? Mi venga schietto, Egregio Presidente della Società freniatrica, e dica senza rigiri, che le sorti dei dottori Ponza e Rodolfi le stanno o le stavano assai più a cuore, di quello che non appaja dalla lettera di cui Ella mi onora.

Ma Ella sa che certe vernici, usandosi col tempo, lasciano tosto o tardi riconoscere la natura di ciò che esse ricoprono. Però la scienza soffre discredito non lieve anche per parte di taluni, che hanno bensì diritto ad esserne ritenuti cultori, ma che questo diritto spingono agli estremi limiti dell' esagerazione: mentre in un paese felice, dove si studia un pochino più che da noi, sarebbero paghi di essere ritenuti semplici gregarj della scienza: mentre sono troppo facilmente disposti a transigere con quei doveri, che non pure ai capitani della scienza, ma sono imposti a qualunque dei suoi più umili gregari.

Ma lasciamo queste miserie.

Il dott. Ponza, Ella dice, è un abile schermitore; Ella non ha torto, e ce lo sappiamo io e il dott. De-Cristoforis, che sanguiniamo dalle cento ferite, ch'egli ci ha inferto. Quand'io nella lettera, di cui tengo il prezioso autografo sotto gli occhi, mi trovai rinfacciato dal dott. Ponza *il mio abborrimento dal* CONCETTO DEL GALLILEO,

la mia *irrisione per coloro che con* ANSIA AFFANATA *cercano i mezzi per rendere la trasfusione spiccia, innocua, ed indolora;* quand' io seppi che il dott. Ponza non avrebbe mai osato *affrontare spontaneo* LE MAESTOSE ARCHATE *del nostro grande Ospedale, del quale* egli *da un pezzo* APRESI *ad ammirare i miracoli, che vi compie la scuola medica lombarda*: e che *per minore* DISAGGIO egli avea scelto il comparto dei deliranti, come campo delle sue imprese; quando lessi ch'Ella, Egregio dott. Verga, s'era compiaciuto *di aprire la seduta con una nitida e brillante* MONOGRAFIA DELLA TRASFUSIONE, monografia che più innanzi il dott. Ponza, quasi correggendosi, chiama invece una DISERTAZIONE; quando seppi che il Direttore del Manicomio d'Alessandria *non avrebbe del resto aperto bocca* nell' Adunanza del 19 giugno, *se non gliene avesse fatto obbligo l'onorifico e grazioso* INVITTO *della Presidenza;* e che *il risultato clinico induce* il dott. Ponza *a* RITTENERE *come un fatto costante l'assorbimento del sangue injettato nel connettivo sottocutaneo*; quand' io mi sentii tuonare quel terribile ADAGGIO *ai ma'passi*, e rinfacciata un'INOPORTUNA *concorrenza ai giornali umoristici;* quando seppi che il dott. Ponza lungi dal voler portar NOTOLE ad Atene, GIRA OGNORA LARGO *da ogni incipiente cachessia e sopra tutto dai* GUASTI DISORGANICI (corbezzoli! come saranno profondi i guasti, che il dottor Ponza chiama nientemeno che disorganici!); quando imparai che *ai giorni nostri il genio medico tenta* SVELLARE *il prodigioso mistero della vita* (evidentemente il dott. Ponza tratta questo mistero come una bestia lanuta); quando mi trovai dato il consiglio di *mettere nelle controversie mediche meno fegato e più cervello* per evitare asserzioni INNESATTE od INNOPORTUNE, e fatta perfino minaccia *di incenerirmi colle fiamme* (Ella sa, Egregio dottor Verga, che il di Lei amico scrive dal Manicomio di Alessandria); quando io lessi e ponderai tutto questo, rimasi davvero *a bocca aperta*, anche senza rileggere l'ambasciata fisiologica del prof. Moleschott, e prima ancora d'aver fatto tutte quelle moltipliche, che il dott. Ponza mi consigliava; e perduta d'un tratto la bussola della grammatichetta meditata tanti anni addietro, ricordo di avere sclamato fra me e me come quei giudici « Io sono tutto fuori di sè. »

Ella dice, Egregio Professore, di non saper intendere con quale coraggio io potessi dichiarare di non aver compreso lo scopo dell'invito esteso dal Presidente della Società freniatrica al pubblico medico di Milano; ma, a dispetto delle di Lei dichiarazioni, *monografie*

e *disertazioni*, il dott. Ponza confessa ch'Egli non s' era proposto di provare nell'Adunanza del 19 giugno se non questo:

1.° Che il sangue può pomparsi direttamente dalla carotide dell'agnello ed immettersi fuori del contatto dell'aria o nelle vene o nel tessuto connettivo dell'uomo, dove si assorbisce (scusi del poco) *felicemente* e *completamente*.

2.° Che il sangue può rimanere più minuti nel trasfusore (io e i miei Collega abbiamo inteso un' ora) senza coagulare.

Ella dunque vede, Egregio Presidente della Società freniatrica, che non si trattava affatto in quell'Adunanza di *farsi un' idea chiara dei diversi metodi di trasfusione*, *e del relativo tecnicismo*; ed Ella non vorrà poi certamente negare che il dott. Rodolfi fosse stato chiamato apposta a Milano per edificare i membri della Società freniatrica, e quindi anche *graziosamente* i medici dell'Ospedale Maggiore, intorno (*incredibile dictu*) alla perfetta innocuità dell'aria, che potesse injettarsi nella vena giugulare verso il cuore. Ci voleva dunque del coraggio per pensare ciò, che io scrissi intorno allo scopo apparente di quell' Adunanza? E crede Ella davvero che io facessi nella mia lettera quell' *ingiuriosa confusione*, alla quale Ella accenna, di un trattenimento scientifico con uno spettacolo teatrale?

Per conto mio, io sono dopo tutto più che mai convinto che il dott. Ponza si proponeva realmente di inculcare ai suoi uditori quella dottrina, che io mi limitava a chiamar singolare, e che egli credeva di aver dimostrato come una di quelle ardite novità, che valgono a *svellare* il prodigioso mistero della vita, e che di quando in quando vengono portate nella scienza da coloro, che *seguono con ansia affanata il concetto del Gallileo*. Nè vale la pena di dirle, illustre Professore, che io e tutti i miei Collega, che della letteratura della trasfusione e delle manualità, che più frequentemente occorrono nelle vivisezioni, hanno una conoscenza appena superficiale, eravamo perfettamente persuasi, anche prima delle brillanti dimostrazioni del dott. Ponza, della possibilità di estrarre, anzi perfino di pompare sangue da un' arteria, e di immetterlo nel connettivo sottocutaneo, o in una vena, fuori del contatto dell'aria. Che però in questi casi il sangue non sia, come si compiace di esprimersi il Chiarissimo Direttore del Manicomio di Alessandria, *punto alterato nella sua meravigliosa coesione*, è cosa, che mi guarderei bene dall'asserire in modo così assoluto, benchè il dott. Ponza mi avvisi che intorno a ciò Franz Glenard fece degli esperimenti, i quali *per mio ammaestramento* (!) *costituiscono il tema della di lui tesi di aggregazione*.

Ella convrrà dunque meco, Egregio dott. Verga, che proposizioni di questo genere non valevano affatto la pena di essere dimostrate nè ai medici della Società freniatrica, nè a quelli dell'Ospedale di Milano e tanto meno poi *ad un' illustre e dotta assemblea di scienziati, che esigeva il rispetto altissimo* del dott. Ponza come questi si esprime nello stile enfatico accarezzato dai membri di quell'associazione invisibile, che passa sotto il nome di *Società di mutuo incensamento.*

Il dott. Ponza crede che *pretesti, che sarà bello tacere,* mi abbiano *indotto ad esprimere l' innesattezza* di ciò, ch'egli chiama il mio *preambolo.* Cosa avrà egli voluto dire con queste parole, e colle altre della sua lettera, dove egli sentenzia che il mio *esordio arieggia l' incoronamento dei famosi entrefilets del Secolo e del Pungolo, contro i quali si era già elevata severa la voce dell'illustre prof. Verga?* Incoronamento? Entrefilets? Che merce è questa Egregio dott. Verga? E quando ha Ella elevato una voce severa contro l'importazione o il contrabbando della medesima? — Quanto a me, nella cronaca locale di qualche giornale milanese, il mio nome non fu prodotto che una sola volta, quando, pochi mesi addietro, aggiunsi fra altre parecchie la mia sottoscrizione ad una lettera di protesta contro insinuazioni maligne e punto belle fatte in un giornale politico a carico di un giovane medico degno di molta stima, protesta che il dott. Ponza per una stranezza tutta geniale del suo giudizio, chiama un *incoronamento.* Quanto a Lei, Egregio professore, se la voce severa, di cui parla il Direttore del Manicomio di Alessandria non è altra cosa se non la di Lei lettera inserta nel *Pungolo* del giugno u. s. nella quale Ella chiamava nuovi, semplici, brillanti e inappuntabili gli esperimenti dei dottori Ponza e Rodolfi, Ella non sarà meno di me meravigliato dell' interpretazione, che ne fa il dottor Ponza; poichè infatti come potrebbe dirsi che l'illustre dott. Verga elevasse una voce severa contro chichessia, prima di scrivere a mia confusione la lettera, che ora mi obbliga a questa replica? Del resto *Incoronamenti e Entrefilets* nei giornali politici sono certamente merce assai più altrui che mia; io non esito un momento a credere, che di questa proposizione così breve e così precisa Ella, illustrissimo sig. professore, sarà almeno tanto persuaso, quanto lo sono io stesso.

Ella è troppo grande scienziato e critico troppo fine ed arguto, per non vedere che il dott. Ponza, se è profondo ematologo, è però meno abile schermitore di quanto Ella supponeva. Il dottor Ponza, per es., si dichiara *perfettamente autorizzato a credere, che il san-*

gue trasfuso nel tessuto connettivo sottocutaneo passa inalterato nel circolo sanguigno, dietro il solo fatto che in un capretto bimestre, nel quale aveva in tal guisa trasfuso sangue arterioso d'agnello, gli fu dopo nove giorni impossibile riconoscere il luogo della puntura e le traccie di sangue nel connettivo. Un'abile scherma davvero! Ma dove il dott. Ponza è inarrivabile, si è nella sua lettera inserta nel *Morgagni* del giugno 1875. Ivi egli racconta come qualmente il dott. Malassez si compiacesse (sic) preparare la carotide di un coniglio, e come egli, il dott. Ponza, *osasse* (sic) nientemeno che *pomparne il sangue con apposita siringa, senza che il medesimo coagulasse*, e perfino. che non par vero, *senza che l'istromento mosso con molta prestezza, abbia soltanto pompato i gas del sangue.* Il dott. Ponza (ma vedete che cosa!) osava colla pompa di propria invenzione *tirare a suo bell'agio il sangue arterioso, senza scompaginarne la naturale e meravigliosa coesione*: e tutto questo malgrado che Cl. Bernard *presupponesse la possibilità di ambedue i fatti.* Se il dott. Ponza non ebbe minimamente ragione di sospettare che l'illustre fisiologo del Collegio di Francia non si compiacesse un pò troppo vivamente della di lui audacia, egli può bene andar superbo d'aver sorpreso colla propria originalità un personaggio così dotto e così illustre. Ma vediamo il seguito dello stupendo esperimento del dott. Ponza.

Quattro grammi e mezzo di quel sangue arterioso, pompato così audacemente e a bell' agio, furono in maniera istantanea trasfusi nel connettivo addominale di altri conigli. La cosa è presto detta; ma pensi Ella, Egregio professore, quante difficoltà avranno dovuto vincersi per un'operazione così delicata e difficile, e quale complicata istromentazione avrà esso richiesto: tanto più che si trattava, come le ho detto, di trasfondere istantanenmente; però *audaces fortuna juvat,* e l'esperimento ebbe quindi il più completo successo. Il dottor Ponza si rivela poeta quando parla dell'ospite importuno annidato sotto la pelle di questi poveri conigli, e della rassegnazione, colla quale i medesimi lo sopportavano senza molestia; ma anche codesto prova l'abilità, con cui la mirabile operazione era stata compiuta. Vediamone ora l'esito.

Al nono giorno il dott. Malassez (il dott. Ponza ha ben fatto di non fidarsi dei propri e di ricorrere agli occhi del suo maestro d'ematologia) uccide gli animali e, (sono le parole del direttore del Manicomio di Alessandria) trova nel connettivo *un residuo di mezzo grammo fra materia colorante e globuli, fra i quali alcuni intatti, altri in via di scomparire perchè anche disfatti* (!); e dire che tutto

questo avvenne, esclama il dott. Ponza, *senza ombra di processi pioemici e senza indizio di degenerazione adiposa dei globuli superstiti*, in modo insomma da *provare veramente una volta di più come nella trasfusione sottocutanea non si assorbiscano unicamente il plasma ed i gas del sangue, ma si assimilavano eziandio i globuli, non saprei se per* PROLIFERAZIONE *per* INTROSUSCEZIONE *ovvero perchè assorbiti dai linfatici.* Malgrado l'enormità della cosa, preghiamo il lettore e lo stesso illustrissimo professore Verga di credere che queste parole si trovano stampate a pagina 423 del *Morgagni* 1875 dispensa VI.

Il dott. Ponza andato a Parigi per istudiare ematologia, vi avrebbe dovuto studiare parecchie altre cose, affinchè di lui non si dicesse poi come di quel poeta estemporaneo nella Commedia del nostro Ferrari:

« Confondersi a Milano un che a Parigi è stato. »

Approfitti il dott. Ponza della buona disposizione a riguardo suo della Deputazione provinciale d'Alessandria, e si faccia far le spese di un'altra gita alla Capitale francese; così egli a buon mercato potrà procurarsi altre occasioni di *rendere vive e svariate* (com' Ella, Egregio dott. Verga, ama esprimersi nella sua lettera) le adunanze della Società freniatrica.

Il dott. Ponza vive *tranquillo e sereno* (l'invidiabile creatura!) nella credenza divisa anche da illustri fisiologi e clinici di Germania (caspita!), che il sangue trasfuso nel connettivo sottocutaneo degli animali e dell'uomo possa completamente assorbirsi tal quale. A ritenere questo fatto lo inducono del pari il risultato clinico e la circostanza che non ebbe a verificarsi mai alcuno *sconcerto funzionale* nei suoi capretti trasfusi « come dissi, soggiunge il dott. Ponza » nel mio Manicomio d'Alessandria, e nel comparto dei deliranti a Milano » Bravo dott. Ponza! Sto per dividere la vostra opinione benchè io non abbia osato mai pompare il sangue arterioso nè a bell'agio nè a disagio; sto per credere anch'io che il vostro TRASFUSORE IN NICHELIO A STANTUFFO GIRANTE, il quale, come voi dite, non ha con mia buona venia nulla di simile o di comune col trasfusore Moncoq, che codesto TRASFUSORE IN NICHELIO A STANTUFFO GIRANTE, finirà per rendervi celebre presso tutti i manicomi e tutti i comparti dei deliranti degli ospedali d'Italia e di Francia, dove voi non mancherete di applicarlo a vantaggio dell'umanità languente.

Ella, Egregio Presidente della Società freniatrica, si lusinga, come pare, che la trasfusione del sangue debba tosto o tardi riuscire di

grande vantaggio nella cura delle malattie mentali. Incompetente come sono in questa materia (confesso amplamente la mia incompetenza, e respingo anzi quanto Ella dice di me, ch' io potrei avere qualche giusta obbiezione da fare ai medici alienisti) mi guarderò bene dal discutere la maggiore o minore opportunità di questa cura; soltanto mi permetterò di osservarle, che è forse contrario alla verità storica quanto Ella asserisce dell' esito dalla quarta ed ultima trasfusione di Denis, l' unica che questo Autore operasse sopra un maniaco.

Nel di Lei non so se discorso, *disertazione* o *monografia*, Ella, dopo aver detto che la trasfusione del sangue fece i suoi primi passi per opera di due grandi (sic) italiani. Folli e Riva, cosa che è ben lontana dall' essere provata, poichè nell' anno 1667 si trasfuse e in Inghilterra, e in Francia e in Italia, Ella soggiunge che una delle prime e *più portentose guarigioni* fu operata da Denis colla trasfusione sopra un maniaco. Orbene, fu invece questa trasfusione nel maniaco la sola infelice delle quattro di Denis; quella appunto, che diede pretesto in Francia alla famosa legge di limitazione della trasfusione del sangue. Il povero domestico Antonio Mauroy si mostrò dopo l' operazione altrettanto pazzo di prima e morì sotto o poco dopo il secondo tentativo di trasfusione. Il caso stesso di Lower e King, che riguarda anche un caso di mania (erotica), nel quale fu operata la prima trasfusione in Inghilterra, non ebbe certo esito felice se il trasfuso Arturo Koga, non era meno maniaco due anni dopo l' operazione, come lo attestarono *Duhamel* e *Blondel*. Tutto questo per giustificare in qualche modo le parole della mia lettera al dott. De Cristoforis, dove mi sfuggì quasi un dubbio intorno al successo della trasfusione nelle malattie mentali, parole che a Lei e fors' anco al dott. Ponza, potrebbero aver fatto l' impressione di un parere non chiesto intorno a cosa, nella quale, come le ripeto, mi dichiaro incompetentissimo.

Nell'appendice alla mia lettera il dottor De-Cristoforis si meravigliava che i di Lei amici dott. Ponza e Rodolfi, se magnificarono le centinaia di trasfusioni da essi operate, non descrissero però minimamente l'esperimento clinico. Anche nelle parole del Direttore degli Annali Ella vedrà naturalmente l'effetto di una fisica indisposizione; ma vorrà almeno in questo caso concedere che l'organo leso non fosse precisamente quello della logica. O crede Ella, Egregio Presidente della Società freniatrica, che dopo una tale omissione occorresse veramente del coraggio per dire che lo scopo dell'Adunanza non fosse stato compreso?

Quel corredo di *indagini uroscopico-oftalmoscopico-sfigmografico-termogeniche*, che il dott. Ponza vanta nella sua lettera così peregrina, non varrà certo a scemare la diffidenza, che gli esperimenti di molti hanno inspirato relativamente alla pratica di considerare il sangue di bruto come equipollente dell'umano. Si persuada il direttore del Manicomio d' Alessandria che l' autorità di Gesellius non giova gran fatto alla sua tesi. Sprofondato nei suoi studi ematologici a Parigi, è forse mancato al dott. Ponza il tempo per istudiare ogni altra letteratura in questo argomento, che non fosse la parigina; nessuna meraviglia pertanto, che egli ignori il grido di indignazione levatosi contro Gesellius in Germania ed altrove, anche da parte di coloro, che potevano fino ad un certo punto dividere l'idea capitale di costui. Il dott. Ponza mi cita in proposito il prof. Albini e crede forse conquidermi coll'autorità di questo nome; egli ignora, come pare, che lo stesso prof. Albini non ha troppa ammirazione per Gesellius, come risulta dal suo articolo intorno alla trasfusione del sangue, inserto nel *Morgagni* del gennaio 1874. Il prof. Albini conosce quel lato scientifico di certe questioni, che il dott. Ponza, pago del risultato clinico (!?) è troppo corrivo a trascurare; e se io sono disposto sempre ad accettar consigli dal fisiologo di Napoli, che stimo e che ammiro, non lo sono punto, anche a costo di urtare le troppo facili suscettività del Presidente della Società freniatrica, a riceverne dal direttore del Manicomio d' Alessandria. Il dott. Ponza se lo tenga per detto e impari a non arrischiare certi colpi, che, se di parate hanno l' apparenza, non valgono però se non a provare l'inesperienza, anzi perfino una specie di inettitudine congenita dello schermitore. Del resto io sarò generoso col dott. Ponza, e invece di pagarlo della sua moneta gli dirò che ancora altri trasfusionisti, per esempio il dott. Hasse e il dott. Steiner, la pensano sul conto del sangue dei bruti press'a poco come Gesellius. Consulti il dott. Ponza in proposito l' ultimo libro di Landois o meglio i lavori di Panum e di Birch-Hirschfeld; e saprà allora quale giudizio facciano gli uomini seri di certe pubblicazioni, che il dott. Ponza chiama autorevoli forse perchè non può leggerle.

Ella poi, egregio dott. Verga, mi fa torto attribuendomi l' idea che i problemi, che ingombrano ancora il campo della trasfusione del sangue, si possano anche risolvere alla spiccia in un giornale. Mi pare ch' Ella dovesse anzi intendere, che fra le ragioni, per le quali io espressi la mia meraviglia del modo come i dottori Rodolfi e Ponza trattavano il problema della trasfusione in faccia ad un'adunanza di persone dell'arte, precipua era appunto il silenzio serbato

intorno ad una controversia di una importanza così capitale per la trasfusione del sangue : controversia della quale Ella, egregio presidente della Società freniatrica, doveva pur ammettere che io, anche nella mia imbecillità di mente, potessi aver avuto qualche sentore.

Il dott. Ponza minaccia a me e al dott. De-Cristoforis, nientemeno che di portare a Milano i suoi alienati trasfusi, per mostrarci l'innocuità anzi l'efficacia del sangue dei bruti. Lo tolga Iddio! Di questa merce abbiamo anche noi più che un bel campione nell'Atene lombarda ; ma non sa forse il dott. Ponza, che pochi anni addietro i medici più ignoranti sapevano dimostrare a migliaia le mirabili guarigioni operate col salasso, che è quanto dire coll'effusione piuttosto che coll' infusione del sangue ? Non sa egli forse che in ogni tempo si dimostrarono le guarigioni operate da potenze soprannaturali ? Non si direbbe quasi che il dott. Ponza venga da Parigi, dove le miracolose acque di Lourdes, hanno una certa diffusione e dove si fondano in questi stessi giorni le università cattoliche a vergogna dell' Europa e del mondo intero. Risparmi dunque il dottor Ponza a sè la pena o il DISAGGIO e alla Deputazione di Alessandria, già aggravata da tante spese per gli studi ematologici, quella del trasporto dei suoi alienati.

Il dott. Ponza è *oltremodo mortificato* di un errore, che io gli ho a torto attribuito nella mia lettera al dott. De-Cristoforis, relativamente al tempo, in cui fu praticata la paracentesi in uno degli alienati da lui trasfusi. Ella capirà, illustrissimo prof. Verga, che io sono di ciò ben più mortificato ; però il mio errore piuttosto che dal trovarmi, com'Ella dice, discosto dall' oratore, deve essere tutto derivato da quella fisica indisposizione, che in me il Presidente della Società freniatrica potè così di leggieri diagnosticare, e della quale, mentre il dott. Ponza faceva le sue dimostrazioni, deve del pari essere stato vittima più d' uno dei miei collega. Nè un alienista così distinto, com'Ella è, può ignorare che anche un' ilarità eccessiva e prolungata produce talvolta una singolare confusione di mente, alla quale, come a qualsiasi fisica indisposizione, potrebbero attribuirsi gli strafalcioni della mia critica. Del resto io sono veramente pentito e contrito del mio errore, tanto più che la fisica indisposizione di quel giorno mi fece trascurare la rara occasione, che mi si porgeva, di apprendere cosa siano le paracentesi, che il dott. Ponza definisce per analoghe. Ella che mi autorizza a chiederle *per biglietto* spiegazioni intorno alle cose, delle quali non avessi potuto capacitarmi nell'adunanza del 19 giugno, avrà forse la bontà di dirmi ora cosa intendesse il dott. Ponza (poichè a lui non ardirei di chiederlo

davvero) per quella *paracentesi analoga*, colla quale il 20 maggio egli avea levato cinque litri di siero dall' addome di un soggetto destinato alla trasfusione.

Il valore scientifico del dott. Ponza è del resto certamente assai maggiore di quello, ch' io avessi a tutta prima creduto: e del pari assai più numerose, ch' io nol sapessi, sono le sue scoperte. La sua lettera, per esempio, mi apprende ch' egli sa cercare perfino lo zucchero (altro che albumina ed emoglobina!) nelle orine dei suoi trasfusi. Veracemente il dott. Ponza non è meno forte nella chimica fisiologica e patologica in generale, di quello che nell' ematologia in particolare, come pure nell' istologia; ed è un fatto che i reagenti ed il microscopio gli stanno bene in mano. Ne vuole Ella una prova? Il dott. Ponza doveva fare, com' egli racconta nel *Morgagni* (dicembre 1874) una trasfusione nel suo Manicomio d'Alessandria. Naturalmente *erano espressamente accorsi molti medici suoi concittadini ed altri distintissimi collega* nientemeno che da Acqui, Asti, Genova, Sampierdarena e Torino; si fa la trasfusione: ed è ben certo, benchè l' autore non lo dica, che si sarà fatta *speditamente e a bell'agio.* Ma questo è un nulla. La questione era di riconoscere poi se le urine del trasfuso contenessero emoglobina. Come avrebbe Ella proceduto, egregio dott. Verga? Ella avrebbe forse ricorso dapprima alla prova dell' albumina, poi alle prove chimiche del sangue note ai medici legali; in un caso dubbio avrebbe fors' anco ricorso allo spettroscopio; ma il dott. Ponza si serve di mezzi ben più semplici: di quei mezzi così semplici, che sono la caratteristica dei genii.

Sorpreso di non trovar globuli al microscopio, egli escogita issofatto un *experimentum crucis:* trafigge (non dice con quale strumento, e neppure se costruito in cobalto o in nichelio) la pelle del primo, che gli capita sottomano, fra i chiarissimi collega accorsi espressamente, ma senza alcun sospetto d' una simile catastrofe, da Acqui, Asti, Genova, Sanpierdarena e Torino: ne fa spicciar sangue vivo, lo mescola coll' urina in questione, e porta quindi al microscopio la rea mistura, ed « *a Lei istologo così distinto* » esclama il dott. Ponza nella lettera diretta al mio buon amico e maestro il prof. Bizzozero, « *è inutile Le dica quale ammasso immenso di* « *globuli si è offerto alla nostra vista.* » Ella, Illustrissimo Signor Presidente della Società freniatrica, rimarrà a *bocca aperta* in faccia a questa, che il dott. Ponza chiama *la controprova più eloquente*; eppure tutto ciò è un' inezia in confronto di una nuova invenzione del dott. Ponza, che agli occhi miei ha, se è possibile, anche mag-

gior valore dell'altra del *trasfusore in nichelio a stantuffo girante.* Stia a sentire, Egregio dott. Verga, e Dio la guardi da una lussazione della mascella.

Il dottor Ponza ha scoperto nelle urine dei suoi alienati trasfusi, nientemeno che l' assenza, non solo dell' emoglobina, ma perfino di ogni sostanza organica (*Morgagni* 1874, pag. 896). Urea, acido urico, xantina, ipoxantina, glicina, creatinina, pigmenti, ecc., dove siete voi iti fuggendo dinnanzi all' invasione del sangue trasfuso dal Direttore del Manicomio d' Alessandria? Ma i fatti sono fatti: le sostanze organiche delle urine sono scomparse; più non rimangono che le inorganiche. Ed ecco le urine tramutate in acque minerali, che il dott. Ponza, ritornando in Francia, avrà l' invidiabile occasione di confrontare con quelle di Lourdes, delle quali, consideratane l' origine, saranno certamente altrettanto attive. Davvero Ella disse a ragione, che il dott. Ponza è uno dei membri più attivi di quella Società freniatrica, della quale Ella ha l' onore di essere il Presidente.

Il dott. Ponza non mi nega soltanto ogni bricciolo di stima: ma si compiace perfino di chiamare me e il dott. De-Cristoforis *volgo ignorante*: e per diminuire la propria responsabilità ne addossa una parte... a chi? Gliela dò ad indovinare in mille, Egregio dott. Verga: ne addossa una parte ad Isocrate, quell'oratore così celebre, di cui racconta Plutarco che vendesse per venti talenti una sua orazione a Nicocle re di Cipro. Bravo dott. Ponza! Voi non siete di quei naturalisti, che trascurano del tutto le belle lettere, la rettorica, l'eloquenza e la filosofia: e colla vostra citazione di Isocrate non risicherete certo di far la figura del povero Don Abbondio, messo in quel grave imbarazzo, che voi sapete, sul conto di Carneade dal panegirista di S. Carlo: e neppure di *far sbellicare dalle risa omeriche il lettore*, come pur troppo è accaduto a me, *facendo*, come voi dite, INOPORTUNA *concorrenza ai giornali umoristici.* Bravo dott. Ponza! Però io vi voglio fare un'osservazione, che riguarda il capriccio vostro così singolare di tradurmi in lingua latina la sentenza di un oratore greco di quello stampo. Voi potevate credere, ve lo concedo, che nella lingua d'Omero la qualifica di *volgo ignorante* non mi riuscisse troppo chiara. Ma allora perchè non me l'avete tradotta in italiano corrente, in quella lingua medesima, nella quale il dott. Verga, coll'eleganza di dizione, che ognun gli conosce, mi chiama *uomo indisposto*, *scortese*, *e di poco giudizio?* Persuadetevi, Egregio dott. Ponza, d'aver avuto torto, almeno sopra questo dettaglio; due belle

righe di carattere greco in testa alla vostra lettera l' avrebbero di molto rialzata nella stima degli uomini seri.

Fra le cose che, come pare, interessava alla Deputazione d'Alessandria fossero bene studiate dal dott. Ponza a Parigi, era anche il metodo di numerazione dei corpuscoli del sangue, che non è piccola bagattella; ed Ella sa infatti, Egregio Presidente della Società freniatrica, che un' operazione di questa fatta non potrebbe praticarsi mai in Italia da chi non vi si fosse addestrato precisamente nel Laboratorio istologico del Collegio di Francia. Trattasi, come ben lo dice il dott. Ponza in altra delle sue lettere inserta nel *Morgagni* (Giugno 1875), di una *manovra singolare e difficile*, di cui conveniva aver conoscenza perfetta a lui, che doveva nientemeno che statuire ricerche sull'anemia degli alienati pellagrosi; ed è ben certo che, per quanto grande sia l'abilità del dott. Ponza in ogni maniera di esperimenti fisiologici e patologici, egli non avrà potuto in questa contingenza inviare da Parigi alla Deputazione d' Alessandria un *Veni, vidi, vici*, così assoluto come quello di Cesare; ed avrà forse dovuto limitarsi a telegrafare ai suoi mecenati d'Italia, un meschino *Ça ira avec le temps*. Ella, Egregio Professore, non aveva dunque se non troppa ragione di desiderare che i medici di Milano potessero farsi un'idea chiara almeno di questa parte della scienza ematologica e del tecnicismo della trasfusione del sangue. Per conto mio le posso assicurare che, quantunque avessi letto la descrizione del metodo di Malassez negli *Archives de physiologie* era così lontano dall' averlo compreso che invece di aspirare il liquido sanguigno entro un tubo appiattito, calibrato, misurato e di cristallo, io lo aveva versato nella canna del mio fucile, senza sapermi spiegar mai, come la medesima, portata poi al microscopio, me ne oscurasse generalmente un pochino il campo. Il dott. Ponza mi ha insegnato, che il sangue può contenere per ogni millimetto cubo cinque milioni di dischetti; apro un momento la bocca in segno di ammirazione, e torno subito a Lei, Egregio dott. Verga.... Ebbene, lo crederà Ella? Col metodo del fucile il calcolo tornava costantemente errato anche di qualche decina. Per farla finita, Le dirò insomma che, più che una lezione, quella del dott. Ponza fu per me una rivelazione. L' Italia ha davvero bisogno di questa gente capace di una manovra così *singolare* e *difficile*; ed io oso anzi lusingarmi ch' Ella, Esimio Professore, che dispone di un voto così autorevole nei consigli della Provincia vorrà pronunciare una parola a favore di qualcuna fra le chiare intelligenze che le fanno corteggio, affine di ottenerle almeno quel

tanto che valga al dott. Ponza la benedizione di un viaggio a Parigi. E dire che quello stolido (1) di Ranvier, senza riflettere più che tanto, sentenzia nel suo trattato d' istologia, che il metodo di Malassez, ch'egli chiama la cosa la più semplice e la più facile del mondo, non offre difficoltà che al costruttore dell'apparecchio! Ma è troppo evidente che anche Ranvier è uno di quegli *uomini di poco giudizio che parlano di cose, delle quali non hanno piena conoscenza.*

Ora stia a sentire, illustre Professore. Nella mia lettera al dottor De-Cristoforis io osava dirgli, nè certo a bell'agio, ma con vera trepidazione d'animo, che il metodo di numerazione dei globuli del sangue, che passa sotto il nome di Malassez, non è forse altra cosa, astraendo delle cause d'errore, che costui vi introdusse per semplificarlo, se non quello che uno studente di medicina avea proposto nove anni addietro, in una sua lettera all'Istituto Lombardo; lettura che Ella, come uno dei membri più illustri di quell'illustre accademia, conosce certamente meglio di me. Il dott. Ponza avrebbe potuto star zitto, pensando che qualche volta il silenzio è d'oro; invece per quell'eccentricità di carattere che è così cara in lui, egli finge d'aver compreso che il prof. Ceradini facesse una critica al metodo di Malassez otto anni prima che costui lo pubblicasse. E in questa eccasione gli cascano dalla penna strane parole di *dottrine idrauliche ottiche e fisiologiche*, per le quali, egli con un umorismo adorabile, che vale una di quelle confessioni che Ella, Egregio Professore, col di lei spirito, chiamerebbe ingenue ma non necessarie, mostra uno sdegno di un genere molto equivoco. Ingrato dott. Ponza! Come poteste Voi rivolgere i vostri furori ematoglobulari anche contro colui, che, come Voi dite nella lettera al prof. Bizzozero, lavorava a vantaggio vostro, esaminando le urine del trasfuso di Sanpierdarena, e dichiarandole scevre d'ogni traccia di sangue? O piuttosto non sarebbero le vostre ire provocate dalla circostanza che, contrariamente a quanto Voi dite, il dott. Ceradini ora da due anni professore di fisiologia all'Università di Genova, non ebbe mai occasione di occuparsi di trasfusione, nè delle urine dei trasfusi, e tanto meno di quelle del trasfuso di Sanpierdarena? Però Ella, illustre professore, alla sua età e nella sua posizione avrebbe dovuto dare un buon consiglio al di Lei protetto, o almeno Ella stessa, non provocata, serbare quella *calma se-*

(1) Intenderà ognuno, che questa qualifica vale nel caso concreto un elogio al valente istologo francese. *Nota della Redazione.*

rena ch'Ella è così disposta ad ammirare nei giovani, che sapessero conservarla anche malgrado una grossolana provocazione.

Che il dott. Ponza rifugga dalle pastoie dell'Abbaco, è cosa ben naturale e facile á comprendersi: ma Ella Egregio Professore, che poteva raccogliersi nel silenzio delle Aule della Società freniatrica, non avrebbe dovuto accettare così alla leggiera i prodotti e i quozienti di quei calcoli sublimi, ai quali il di Lei amico appena si degnava accennare nell'Adunanza del 19 giugno, siccome ad astruserie superiori anche alle menti di quella dotta *assemblea di scienziati*, ch'egli era venuto ad illuminare. Nella mia fisica indisposizione di quel giorno o nell'imbecillità forse abituale della mia mente, io e qualche Collega credemmo che il dott. Ponza, dietro un'iniezione di sette grammi di sangue nel connettivo sottocutaneo dei suoi alienati, si accontentasse di ottenere in diciotto ore un aumento totale della massa del sangue, corrispondente alla comparsa di nuovi 652,780 globuli. Seicento cinquantaduemila globuli in più per un uomo, cui si vuol rendere il ben di Dio perduto della ragione, sono pochetti, Ella dirà: e l'ho detto anch'io nella mia lettera al dott. De-Cristoforis; ma Ella sa che col poco si fa il molto; laonde, se interpretando a quel modo le parole del dott. Ponza, io poteva rimanere a bocca aperta dell'enfasi delle sue dimostrazioni, non avrei però mai avuto ragione di credere il neo-ematologo sotto il dominio di una di quelle *illusioni di senso*, ch'egli avrà spesso occasione di studiare nel suo Manicomio d'Alessandria. Ebbene, io mi era grossolanamente ingannato; poichè il dott. Ponza, sempre audace, mi scrive e mette in istampa che codesto aumento di 652,780 globuli si verifica non già nell'intero volume di sangue del soggetto trasfuso, ma veramente per ogni millimetro cubo di questo liquido.

Ora facciamo insieme, Chiarissimo dott. Verga, un po' d'aritmetica. Dopo aver subito quei terribili ponzoni (altro che colpi di parata!) da parte del chiarissimo alienista alessandrino, mi sono affrettato a provvedermi delle tavole logaritmiche, e di un buon trattato di trigonometria; e da un mese non faccio ormai altra cosa, che esercitarmi nelle moltipliche. Per questa ragione mi lusingo che i nostri calcoli verranno giusti senza troppa fatica; Ella del resto potrà confrontarne i risultati con quelli, che il dott. Ponza, poveretto, dovette con questi calori venir apposta a Milano per consegnar a Lei, nero sul bianco; ed io La prego anzi di volere anche a questo riguardo considerare la presente come altro di quei *bigliettini*, coi quali Ella così graziosamente mi concede facoltà di chiederle spiegazione intorno ad ogni cosa, ch'io non abbia ben compreso.

Un uomo di statura e peso mediocri è provveduto in media di 5 kgr., che è quanto dire all'incirca di 5 litri di sangue, che contengono 5 milioni di dischetti per ogni millimetro cubo. Un centimetro cubo ne conterrà dunque 5 miliardi, un litro 5 bilioni e l'intera massa del sangue 25 bilioni; ossia in cifre: 25,000,000,000,000. (Apriamo la bocca in faccia a questo numero così rispettabile, e manteniamola aperta un tempo congruo, ossia, come direbbe il dott. Ponza, un tempo analogo).

Se un centimetro cubo di sangue contiene 5 miliardi di globuli, i sette injettati dal dott. Ponza, ne conteranno 35 miliardi, in virtù di quella legge aritmetica, per la quale, tanto nelle scuole elementari, quanto nel comparto dei deliranti del nostro Ospedale e nello stesso Manicomio d'Alessandria, il 5 moltiplicato per 7 dà appunto 35, non uno più, non uno meno.

Ora, secondo il dott. Ponza, quanti sono i millimetri cubi di sangue nel corpo, altrettante volte il numero dei dischetti contenuti nel volume totale di questo liquido aumenta di 652,000, dietro injezione di 7 centim. cubi; e Le faccio grazia, Egregio prof. Verga, delle centinaia, delle decine e delle unità, che potrebbero imbarazzarla nel calcolo. Trattasi dunque di sapere quanti millimetri cubi sono in 5 decimetri cubi, ossia in 5 litri. Ogni decimetro cubo, contiene 1,000,000 di millimetri cubi, ed è quindi evidente che si dovrà moltiplicare questo numero per 5. Qui il calcolo è un po' difficiletto, ma le tavole logaritmiche e le formole trigonometriche risolvono anche questa difficoltà; ed io posso garantirle sulla mia fede di *uomo ingenuo oltre il necessario* che il prodotto di questa moltiplica è precisamente rappresentato dal numero 5,000,000. Moltiplichiamo questo numero per 652,000 affine di ottenere la misura precisa dell'aumento in globuli dell'intero volume del sangue di un uomo dietro addizione al medesimo di quei meschini 7 centim. cubi, pompati così audacemente, e così a bell'agio injettati dal dott. Ponza.

Il prodotto di questa moltiplica, per la quale a dir vero, ho dovuto perfino invocare i lumi di più che un matematico insigne, questo prodotto è rappresentato dal numero 3,260,000,000,000, il quale significa nientemeno che codesto: che i 35 miliardi di dischetti injettati dal dott. Ponza crescono (forse per *proliferazione*? o piuttosto per *introsuscezione*? A chi l' ardua sentenza?) fino al numero di 3 bilioni e 260 miliardi, ossia che i 7 centim. cubi di sangue injettato crescono fino al volume di 652; ossia finalmente che ogni centim. cubo di sangue (introsuscetto?) cresce, trascurando le fra-

zioni, fino a 93. Ed ecco rinnovato il miracolo di Cristo, il quale come Ella sa, colle unità dei pesci e dei pani sfamava le migliaja di persone messe in appetito da qualche escursione scientifica nel deserto.

Il fatto che il dott. Ponza asserisce può sembrare, se non precisamente sospetto, per lo meno alquanto strano a qualunque persona *troppo ingenua o scortese*, o *fisicamente indisposta*, o *compromessa in qualche viscere importante*, per esempio nel cervello; ma è, al pari dell'altro della innocuità dell'aria injettata nelle vene, indubitabilmente, ineccepibilmente vero, quando Ella, Egregio Professore, e Presidente della Società freniatrica, non esita a comprenderlo nel novero di quei *fatti semplici e facili, destinati a diventar popolari in medicina*; quando Ella nella di lei lettera al *Pungolo*, in data 22 giugno dice che tacere di certi giudizj intorno agli esperimenti dei dottori Ponza e Rodolfi, varrebbe quanto disconoscere l'*intelligenza*, lo *zelo e l'abilità dei di Lei bravi Colleghi*.

Il problema dell'alimentazione delle truppe in campo, dei pellegrini alla Mecca, delle caravane nel Sahara, degli emigranti a bordo dei piroscafi transatlantici ecc. ecc., questo arduo problema, intorno al quale si sciuparono tanti sforzi di scienza e d'industria, è dunque risolto; e dire che il dott. Ponza nella sua modestia non se ne era forse accorto! Trattasi ormai di nutrire convenientemente un singolo agnello, e di distribuirne il sangue fra le turbe in dose epicratica, procedendo soltanto colle debite cautele affine di evitare qualche caso criminale di polisarcia per alimentazione esuberante. Bravo dott. Ponza! la vostra è la più grande scoperta che abbiano mai vantato i figli di Eva; il vostro nome è ormai fatto, e non morrà per volgere di secoli.

Se quel rimprovero d'umorismo o di sarcasmo, che il dott. Ponza mi fece così a sproposito, mi fosse ora ripetuto da Lei, Chiarissimo dott. Verga, al quale ne ho forse dato pretesto, io dovrei risponderle che l'umorismo punto abituale in me, lo attinsi in questa circostanza alla lettera, ch'Ella ebbe la degnazione di dirigermi, e che io ho coscienza di non avere minimamente provocato. Per ciò che riguarda il dott. Ponza, Ella capirà che le cose da lui scritte a me e al dottor De-Cristoforis, o non meritano risposta alcuna, o non meritano che una risposta umoristica; del resto io non avrei certo tenuto conto della polemica del Direttore del Manicomio d'Alessandria, se il Presidente della Società freniatrica non se ne fosse immischiato. Ella mi parla di *tempo perduto*, di *carta imbrattata* e di *lotte in-*

decorose; ma Ella, è troppo uomo di mondo, per non sapere che queste ultime dureranno, finchè nascano uomini non meno avidi di certi successi, che gelosi del proprio decoro; ma Ella ha *scritto* (preferisco questa espressione all'altra meno usata ch'Ella adopera a riguardo mio) troppa carta, per non sapere, che al giorno d' oggi questo articolo, come dicono i mercanti, si trova sopra ogni piazza a un prezzo, che permette di non lesinare sull'uso; ma Ella finalmente non sarà più tormentata dal dubbio di avermi obbligato ad un perditempo, quando io Le dica che ho imbrattato tutta questa carta nei momenti d'ozio, al mare, fra il bagno mattutino e il vespertino; e che dell'operazione d' imbratto mi feci un vero divertimento.

E un'altra cosa, Le voglio dire, egregio dott. Verga, che, cioè, anche queste righe non hanno punto richiesto da parte mia, come Ella forse inclinerebbe a credere, un atto di coraggio, Ella mi tratta da vecchio a giovane, nella sua lettera; ma dimentica che, benchè giovane, i vent'anni io li ho, pur troppo, passati da qualche settimana; e fors' anche trascura la circostanza che, pago della mia condizione, qualunque essa sia, io soglio considerarmi in uno stato abbastanza indipendente, per non credermi obbligato a subire con timida rassegnazione provocazioni ingiuriose da parte di chichessia, anche quando mi vengano sotto la maschera di un consiglio benevolo e quasi paterno.

Con ciò io considero questa vertenza siccome completamente esaurita, almeno per quanto riguarda me. Che se Ella avesse vaghezza di replicare alla presente, faccia pur conto ch'io spero di continuare un altr'anno la cura dei bagni salsi. Intanto è inutile ch'io le dica che, poichè Ella si degna esprimerne il desiderio, io continuerò a volerle almeno tanto bene, quanto Ella mostra di volerne a me.

Dott. *C. Bozzolo.*

VARIETÀ

Il Codice farmaceutico internazionale. — Siamo prossimi alla riunione del Congresso Internazionale Medico in Bruxelles, e colà vedremo ripresa la questione della *Farmacopea universale od internazionale* che già fu soggetto di discussione a Vienna ed ebbe a prin-

cipali attori i signori dottori Malachia De Cristoforis e chimico Lodovico Zambeletti di Milano.

Essi svolsero la questione in tutti i suoi lati, e impresero a dimostrare come, sebbene complesse e molte le difficoltà, non siano però tali da credere impossibile il raggiungere lo scopo, o da menomare la pratica applicazione del concetto.

Anche quest'anno a Bruxelles essi mandano la loro parola in argomento, e sebbene non di presenza, pure a mezzo del Relatore dott. W. Gille professore e membro dell' Accademia Reale di Medicina, il Congresso udrà in qual modo dai nostri due Collega connazionali venga svolta la grande formola di un *Codice farmaceutico internazionale.* Noi lasciamo parlare essi stessi, riproducendo le parti sostanziali del loro lavoro.

Cominciando dagli elementi più semplici, gli *alcaloidi*, si vede che tutti i processi studiati e raccomandati per la preparazione di ciascun alcaloide hanno la loro propria ragione tecnica, il proprio merito, e però quasi da ciascuno d'essi si ottiene un prodotto che non è identico nella sua natura chimica e quindi gode di un diverso valore fisiologico.

Non si vuol fare la critica dei metodi, solo si constata, come un diritto della scienza, che i diversi processi di preparazione colle loro particolari combinazioni e sostituzioni chimiche sono i soli responsabili di tale differenza nel risultato.

La *separazione completa* della codeina e della narcotina nella preparazione della morfina, per esempio: della brucina in quella della stricnina; dei solfati di chinoidina e di cinconina in quella della chinina, non è sempre raggiunta da tutti e da ciascun metodo. D'onde una differenza positiva di azione e di valore terapeutico in preparazioni medicamentose che sono della più alta importanza e che si amministrano a dose centesimale: d'onde la conservazione o l'estrazione di prodotti che sono di azione terapeutica ben diversa da quella dell'alcaloide che si voleva preparare e che si doveva preparare *assolutamente puro.*

Il medico non ha bisogno che gli si provi ciò, nè che gli si ricordi l'azione particolare fisiologica e fisio-patologica dei diversi alcaloidi rinchiusi in un prodotto chimico e che hanno una azione elettiva su questa o quella sfera nervosa. Basti ciò come un esempio della necessità di *un unico processo per le preparazioni confidate alla chimica*, acciò il clinico sia sicuro della purezza del medicamento e della sua unità di azione terapeutica.

Da lungo tempo si vanno studiando seriamente i mezzi di preparazione degli *estratti*: e nullameno colpisce vivamente la differenza di processo usato per ottenere la parte medicamentosa di un medesimo vegetale: per modo che a norma dei diversi codici un medesimo estratto devesi ottenere e spacciare od alcoolico, od acquoso, od idro-alcoolico od acetico.

L'indispensabilità di un uniforme processo di preparazione degli estratti si concepisce a tutta prima, e tanto più quando si rifletta che molte tinture e decozioni vegetali prima di esser ridotte alla densità estrattiva perdono o la loro parte aromatica che ne è l'elemento attivo, o l'alcaloide che si decompone ad una data temperatura.

La virtù terapeutica poi di un estratto dipende interamente dal modo con cui si preparò quest'ultimo: d'onde e per i precedenti, la necessità di un *uniforme processo di preparazione per ciascun estratto.*

Ma maggiore ancora è la confusione che regna nelle Farmacopee a proposito delle *tinture*. Per la tintura d'aconito, ad esempio, su 1000 parti di alcool la francese impiega 200 parti di vegetale, e l'inglese soltanto 150: per la preparazione della tintura di cantaridi 200 l'Austriaca, 90 la Svizzera, e le altre Farmacopee si attengono a proporzioni intermedie, moltiplicando così le differenze.

Per la tintura d'oppio i codici elvetico, tedesco e russo usano il 10 per 100 di vegetale, l'inglese e il belga l'8 per 100.

E ancora: il vino di colchico fatto collo Sherry in Inghilterra contiene 113 grammi di seme per 518 di vino, mentre che in Francia è fatto col Malaga e contiene soli 30 grammi di seme per 500 di vino.

Perfino il grado di densità dell'alcool non è uniforme in queste formole relative alle tinture; il tedesco vuole l'alcool a 0,992, l'inglese a 0,920, il russo a 8,887, il francese a 0,864, lo svizzero a 0,855, per una medesima tintura, quella di cantaride, per esempio. D'onde una immensa diversità d'azione solvente del veicolo.

Al codice farmaceutico internazionale chè spetta fare per ottenere l'uniformità in questa classe di rimedj? Imporre gli elementi che soli debbono prendervi parte, imporre la proporzionalità fra di essi, imporre il grado di forza solvente e la natura dei veicoli.

La stessa cosa sia detta per le *tinture composte*, fra le quali basti citare il laudano, poichè per le altre formule della medesima specie troviamo pari e maggiori differenze, e non si cadrebbe che in inutili ripetizioni.

In 1000 grammi di laudano le Farmacopee austriaca, tedesca, spagnola e russa fanno entrare 100 di oppio, mentre la francese ne adopera 120. Notiamo ancora che un codice aggiunge crocus a questa tintura composta, un altro no: che un codice prescrive per veicolo il vino di Malaga, un altro il vino di Xeres, un'altro l'acqua distillata alcoolizzata di cinamomo, ecc.

Passando alle *soluzioni titolate* per continuare la narrazione della confusione, una delle più importanti, quella del Fowler, il cui elemento medicativo si propina a milligrammi, presenta una differenza del 10 per 100 di acido arsenioso fra le formule delle Farmacopee.

La soluzione di percloruro di ferro contiene il 15 per 100 nelle formule tedesca, svizzera e neerlandese, il 26 per 100 nella francese e nell'austriaca.

200 parti di acido solforico per 1000 di acqua sono prescritti nella formola austriaca per la soluzione normale di quest' acido minerale, mentre che se ne vogliono solo 100 parti per 1000 secondo la Farmacopea degli Stati Uniti.

500 di acido nel codice tedesco e austriaco, 200 nell' americano per la soluzione titolare cloridrica: enorme differenza che non si può passare sotto silenzio.

Lo stesso dicasi per gli elettuari, le infusioni, decozioni, elisir, unguenti, siroppi medicamentosi, che tutti hanno vera importanza terapeutica: tutti questi presentano mille prove che l'unità è necessaria, indispensabile nelle loro preparazioni. Non lo si crederebbe, ed è pur vero, che la polvere del Dower contiene il 10 per 100 di oppio nella formola francese e belga, il 5 per 100 (la metà) nell'austriaca, nell'inglese, nella tedesca, nella neerlandese, nella russa, nella svizzera: che in queste unità una Farmacopea vi fa entrare anche dello zucchero di latte, un'altra del solfato di potassa, un'altra del solfato e del nitrato di potassa, e non in identiche proporzioni: neppure ciò!

Vuolsi dunque dal codice internazionale prescritta la *proporzionalità* fra gli elementi di cui risultano le soluzioni titolate, le decozioni, le infusioni, ecc.

Inutile dopo ciò lo scendere a dimostrazioni, il passare a ragionamenti che provino a proposito di ciascuna preparazione la differenza di risultato fisiopatologico e clinico che si ottiene coll' amministrazione di un rimedio che non ha dovunque un valore, una forza terapeutica uniforme. Basta che il medico ricordi qui le due azioni, locale e generale, di tutti i rimedj, la loro diversa azione su questa e quella sfera nervosa, su questo e quel sistema, la diffusione dall'uno all' altro, a seconda della intensità di azione fisiologica di ciascun medicamento.

Nel mettere a scoperto questo grande caos esistente fra le diverse Farmacopee, non si vuole porre a critica l'uno più che l'altro codice, l'una più che l'altra formola farmaceutica: sola si ha di mira uno scopo scientifico, inspirato da una idea progressista, da una necessità su di cui i clinici si pronunciarono le mille volte, l'*unità*, cioè, *nella farmacologia.*

La formola pratica sarebbe la seguente:

Vorremmo ottenere che tutti i medici del globo, usando un medicamento, potessero esser certi che, dovunque lo si acquisti, dovunque sia stato preparato, desso avesse in una medesima unità di peso o di misura la medesima virtù e forza terapeutica.

Questa è la base fondamentale sulla quale si deve fondare il codice internazionale, l'unità farmacologica, acciò l'esperimentazione possa riuscire uniforme dovunque: acciò il medico di un paese possa con un medesimo termometro scientifico valutare le esperienze terapeutiche fatte altrove.

Il compito è ben difficile, ma gli elementi intellettuali di ciascuna nazione, i progressi delle scienze positive, l'appoggio dell'esperienza fatta dai medici pratici e dai sapienti clinici d'oggidì deve trionfare di tutti gli ostacoli.

Il nuovo codice internazionale acquisterà il più grande valore quando lo studio reciproco e complesso della terapeutica di ciascun paese vi avrà portato il suo tributo scientifico; studio che è interamente confidato al medico, le cui cognizioni dovranno essere messe a profitto nella compilazione del gran codice internazionale: il quale oggidì non può essere lavoro soltanto del chimico e del farmacista, ma più ancora del medico pratico.

Altre norme debbono studiarsi acciò il codice internazionale farmaceutico raggiunga veramente il suo maggiore indirizzo pratico: e sono appunto quelle che si riferiscono alle *condizioni proprie di ciascun elemento primitivo*, cioè a dire alla *materia prima*, la quale è la base di ogni preparazione chimica ed entra in tutte le preparazioni galeniche.

È facile comprendere come le condizioni della materia prima debbano essere identiche o presso a poco acciò si sia sicuri che per effetto, non solo della uniformità del processo di preparazione, ma anche della identicità nella qualità dei materiali si ottengano identici prodotti, identici medicamenti, in modo uniforme per tutti i paesi.

Onde gli alcaloidi, le tinture, gli estratti, gli olii essenziali o medicamentosi, le polveri composte, le infusioni e decozioni (mantenendo la loro uniformità nella proporzione degli elementi loro) godano anche di un identico valore terapeutico, è necessario che il codice internazionale di Farmacopea prescriva dapprima la *parte del vegetale* più propria, in seguito le condizioni di coltivazione, di sviluppo, di località, di stagione più addatte nella quale il vegetale destinato a quelle preparazioni deve trovarsi al momento del raccolto suo e del suo impiego pratico.

E tali prescrizioni del codice dovranno essere seguite il più strettamente possibile dal chimico e dal farmacista. Voglionsi adunque regole indeclinabili per tutto ciò che concerne la *flora*: e queste regole saranno il risultato di uno studio comparativo delle diverse flore, della vegetazione dei diversi paesi, onde stabilire se da una sola o da diverse località e da quali possa esser dato questo o quel vegetale: se la sua coltivazione artificiale sia da accettarsi o se si debba attenersi alla vegetazione naturale soltanto: se a proposito di un vegetale si debba fargli subire le manipolazioni farmaceutiche quando è ancora fresco o quando fu disseccato; e così via.

Altrettanto si dica per le droghe, le gomme, i balsami, i grassi, i metalli e metalloidi, i sali, gli acidi, e in generale per tutti *i prodotti chimici* dovuti alla industria, il cui *maggior grado di purezza* deve essere una legge importa dal codice ai chimici e farmacisti preparatori. D'onde un altro incombente della Farmacopea internazionale, quello di

stabilire le condizioni che si credono migliori, acciò tali elementi corrispondano alle esigenze del codice farmaceutico: il quale vuol essere protetto dai Governi, onde prescrizioni officiali regolino il commercio di tutte le suddette sostanze cardinali.

L'ideale di una Farmacopea internazionale nella sua pratica applicazione si riassume, a quanto si è detto, in quattro precetti fondamentali — *unità di condizioni nella materia prima* — *unità nel processo galenico e chimico* — *uniformità di proporzione fra gli elementi che costituir devono un medicamento* — *medesima specie di elementi per i rimedj composti.* — Scienza da un lato per determinare le norme più proprie cui deve attenersi il preparatore: sorveglianza officiale e intelligente acciò il commercio offra al preparatore gli elementi primitivi puri e in tutto corrispondenti alle esigenze della sua opera tecnica.

Non si creda che tali aspirazioni siano poetiche, che si voglia creare un edificio interamente nuovo: non si tratta che di portare modificazioni parziali di forma, di processo, di abitudini: e ciò mediante norme, alle quali finora non si è pensato, ma che non è difficile il concretare, e che riusciremo a porre in atto col concorso della autorità di ogni Governo.

Nè le due difficoltà messe in campo della *diversità nei pesi e misure*, e *delle diverse lingue*, debbono arrestarci in questa opera.

Certo che riescirebbe assai più facile se i Governi dei diversi paesi avessero tutti adottato il sistema metrico e decimale: ma siccome vi sono ancora dissistenze in tale questione internazionale, così bisogna che nella Farmacopea si pensi a sormontare anche questo ostacolo: il che non è difficile cosa, poichè noi potremmo arrivare all'*unità di peso e di misura nello spaccio mercè le tabelle di rapporto*, mentre che *nelle manipolazioni galeniche* di un rimedio composto, *nelle preparazioni chimiche basterà avere per base l'unità nelle proporzioni.*

Per esempio: in luogo di prescrivere che la polvere del Dower debba contenere un'oncia di zucchero, tre scrupoli di ipecaquana e di oppio, si dirà che essa sarà costituita di 1 parte d'oppio, 1 di ipecaquana, e 8 di zucchero — invece di dire che il laudano liquido conterrà 200 grammi d'oppio, 100 di crocus, 800 di veicolo, il codice internazionale dirà 2 parti di oppio, 1 di crocus, 8 di veicolo.

Quanto alla seconda difficoltà, quella dell'uniformità della lingua, noi non avremo che a far rivivere l'abitudine antica per la quale ogni scienza era dettata in latino; e non avremo altro che ad imporre non essere officiale un testo farmaceutico se non redatto in latino, nel medesimo tempo che sarà facoltativo l'unirvi a fianco la versione nella lingua del paese nel quale il testo è pubblicato e deve servire.

Altre secondarie norme dovrà prescrivere la Farmacopea internazionale — la ricetta sarà sempre scritta in latino — dovrà portar la data, e non potrà dal farmacista esserne rinnovata la prescrizione se non decorso un dato tempo.

Nè più si finirebbe se tutto si volesse ricordare: basti l' avvertire alla neutralità in cui il codice dovrà tenersi circa la scelta dei metodi e delle formule, avendo cura che l'uno e l'altro paese vi porti il proprio contingente scientifico e pratico: il nuovo codice in somma dovrà essere una raccolta di tutto ciò che la scienza cosmopolita avrà sanzionato come utile; dovrà restringersi alle formule fondamentali e di uso comune, permettendo che ogni paese aggiunga un appendice nel proprio testo per le esigenze ed abitudini locali: dovrà essere ristampato e riveduto dopo un dato tempo, giacchè s' ha a ricordare che la scienza cammina e che quello la deve seguire.

Ed ora venendo al punto culminante della questione, quello di rendere officiale in tutto il mondo il nuovo codice farmaceutico che vogliamo battezzare per internazionale, è evidente che sia necessaria l'adesione dei diversi Stati, se non si vuole che i nostri sforzi ed i nostri studj manchino del loro scopo. I Governi potrebbero, accettando il concetto fondamentale, delegare un proprio rappresentante con mandato di prender parte agli studj della Commissione scientifica che si vorrà incaricare di redigere lo schema di codice o il codice stesso, e di accettare a nome del proprio Governo la Farmacopea definitivamente formulata. Solo in tal modo questa riceverà valore ufficiale, e il concetto teorico-pratico avrà corso ed effetto in tutto il mondo.

Nutriamo fiducia che, come altri Congressi, anche quelli dei medici vengano a prendere carattere ufficiale, e le deliberazioni in essi adottate siano prese in considerazione dagli Stati; tanto più in simile argomento in cui il caos regna in grado altissimo, mentre i rapporti fra paese e paese si fanno sempre più stretti, gli interessi reciprocamente più estesi, la comunanza di idee e di abitudini sempre crescente, le comunicazioni sempre più facili.

Programma di una geografia e statistica medica dell'Italia. = Una delle questioni che si affacciano più di sovente al medico, il quale cerca di raggiungere le cagioni dei morbi e della loro fenomenologia, è quella di sapere, non solo secondo quali condizioni individuali le malattie si manifestino, ma se esse osservinsi in qualunque luogo, con la stessa frequenza, con la stessa forma, col medesimo andamento e con la medesima intensità; ed innumerevoli volte io pure ho provata una tale curiosità, o, per meglio dire, un tale bisogno, e deplorata la mancanza di un libro che valesse in qualche modo a soddisfarlo. Perciò io concepiva già da più anni il pensiero di un'opera, che riempiesse questa grave lacuna della nostra letteratura medica; e andavo compilando le statistiche e le osservazioni topografiche dei luoghi nei quali esercitavo la medicina, e raccogliendo quant' altri documenti di simili fatti mi venisse dato poter avere, non che numerose indicazioni bibliografiche, riguardanti più o meno d'appresso un tale soggetto. Anzi,

io aveva già fatto noto a parecchi quel mio divisamento; e vieppiù poi me ne persuadevo della necessità, studiando la parte etiologica della mia patologia, la cui pubblicazione non è per me che non siasi ancora condotta a compimento, e di nuovo e più di recente cercando le influenze profilattiche e terapeutiche della tisi polmonare.

Già non iscarsi documenti esistono, mediante i quali potrebbesi anche oggi tentare la compilazione di una geografia e statistica medica dell'Italia, la quale riescirebbe senza dubbio non priva di utilità; avendosi, per esempio, parziali topografie e statistiche fatte da studiosi medici condotti, preziosi rendiconti di ospedali e numerose relazioni dei pubblici Ufficii di statistica, comunali, governativi e militari, le quali, consultate con discernimento, possono dare profittevoli responsi. Se non che, a volere che opera siffatta raggiunga veramente tutta quella pienezza ed esattezza, che a tali lavori è concessa, e mercè cui soltanto possono abbondevolmente e frequentemente attingervi importanti illustrazioni e consigli la scienza delle malattie, la medicina pratica e la pubblica e privata igiene, fa mestieri di molto più estesi e più particolari documenti di quelli che fin qui si posseggono. Quindi è che, volendo io oramai metter mano risolutamente al suaccennato lavoro, reputo opportuno è necessario rivolgermi col presente scritto ai miei colleghi del regno, massimamente medici condotti e medici di ospedali, pregandoli a volere, per quanto è in ciascuno di loro, cooperare al compimento di un'opera di indubbia importanza scientifica e nazionale; sia fornendomi cortesemente quegli appunti scritti, che venissero suggeriti dalle loro conoscenze mediche locali; sia facendomi avere le memorie topografiche e statistiche, che eglino avessero per avventura pubblicate e che non si trovassero in commercio. Naturalmente non si mancherà di rendere a ciascun di loro, nei rispettivi luoghi dell'opera, il dovuto merito.

Confesso però, che quelli, a cui ho manifestato un tale pensiero, temono che questo mio appello in modo così generale ed impersonale abbia a rimanere senza effetto e senza risposta; ma quando io penso con quanta unanimità i medici condotti di tutte le parti d'Italia hanno risposto all'invito di un congresso destinato a migliorare le loro condizioni materiali, ho ragione di credere che non vorranno venir meno questa volta ad un invito fatto interamente a nome dell'umanità e della scienza. Non mi nascondo nemmeno, che, anche favorito dal concorso de'miei colleghi e benchè si posseggano dunque già molti materiali preziosi ed altri, io abbia fatto uffici per ottenere dal Ministero, che presiede alla Giunta centrale di statistica del Regno, mi accingo ad un'opera estremamente ardua. La moltiplicità stessa degli elementi da tenersi a conto, la differenza grande che potrà esservi nei modi di apprezzare, determinare e denominare i fatti morbosi; gli errori che inevitabilmente s'insinuano nei quadri diagnostici delle malattie; danno all'argomento stesso molte incertezze e rendono per conseguenza assai difficile il per-

correre sopra un terreno siffatto. Non però me ne sgomento; nè reputo le difficoltà insuperabili, nè impossibile il ritrarre da queste indagini sicuri ed utili risultati.

E per verità, se per quei fatti morbosi, che si presentano in più gran numero, si può sempre giungere a dati abbastanza prossimi al vero, perchè le inesattezze del più o del meno in qualche parte si compensano reciprocamente altrove, per quei fatti invece che si offrono in minor numero, una speciale scrupolosità nella scelta delle sue fonti, a cui se ne attingono le notizie, permetterà di ritrarne egualmente fondate deduzioni. In ogni caso poi, usando costante avvedutezza di critica, e severa osservanza ai principii della statistica stabiliti e raccomandati, non si comprende perchè la sola medicina, fra tutte le scienze naturali e sociali, non abbia a potere esprimere i principali suoi fatti mercè il linguaggio dei numeri, presi a significare, così in medicina, che nelle altre scienze sopradette, non già quantità matematicamente precise, ma soltanto approssimative e valevoli siccome termini di confronto. D'altra parte, io veggo che gli scienziati delle altre nazioni non si sono sgomentati in faccia ad argomenti consimili, ma assai più vasti, ed hanno tentato e compiuto opere di geografia e statistica medica universale, siccome quelle dell'Hirsch, e del Boudin, per unanime consentimento riputate classiche; e' non c'è quindi ragione di credere che non si possa e debba fare, anzi con maggiore esattezza ed utilità, eguale opera ristretta al nostro paese. Cedere dinanzi alle presunte difficoltà sarebbe invocare « la solita scusa di chi non vuol fare: non essere ancor tempo di fare » sarebbe esporre il nostro paese al pericolo di vedersi compiere da qualche straniero l'opera da cui i nazionali avessero indietreggiato. Vediamo di risparmiarci quest'onta: di evitare che qualche francese, inglese o tedesco venga a darci la nostra geografia e statistica medica; come ci hanno dato gran parte della nostra climatologia, meteorologia e geologia, della nostra archeologia e della istoria. Siamo forse noi caduti così basso, che non si abbia più lena da compiere che qualche articolo di giornale, qualche storia di un caso medico, l'illustrazione di un punto minimo qualunque della nostra scienza? Che non abbia dunque a tornare più il tempo che gl'Italiani sappiano sopperire con opere proprie ai bisogni degli studiosi del loro paese? Che siasi perpetuamente condannati a dover cercare nella letteratura straniera le conoscenze che ci abbisognano? Non vogliamo crederlo: e qui appunto confidiamo che i nostri colleghi vorranno bene, per amore e decoro della classe loro e della scienza nazionale, portare il loro contributo di notizie intorno all'argomento da noi proposto, e più particolarmente intorno ai seguenti quesiti. I quali, pei medici condotti, che sappiamo bene non avere generalmente agio, nè tempo di tenere e compilare minute ed esatte statistiche, ristringiamo ai subbietti principali e di più facile risposta: invocando invece più ampio e numericamente più preciso con-

tributo di notizie dai medici posti in più favorevoli condizioni e sopratutto dai medici d' ospedali.

1. Quale è l' alimentazione delle classi povere ed agricole, cioè se buona, mediocre o cattiva; e quale ne è l'alimento principale, per esempio grano, granturco, castagne, ecc.

2. Se e quali malattie endemiche vi siano: per esempio febbri intermittenti, scorbuto, pellagra, gozzo, cretinismo, ecc. Se vi dominino molto o poco, e con quale intensità, poca, molta o mediocre.

3. Quali malattie epidimiche siensi avute: in che anni, per quale durata; e con quanti morti. Ciò dicasi particolarmente del cholera, della difterite e del crup, della meningite cerebro-spinale e di qualche aitra grave e speciale epidemia. Avvertasi in particolar modo se il luogo, di cui si dà conto, sia per avventura rimasto sempre immune dall'epidemia del cholera, della difterite e del crup e di altre malattie che abbiano altrove generalmente infierito.

(Queste notizie che sarebbe necessario risalissero a qualche decennio addietro, cioè, per esempio fino all' epoca della prima invasione cholerica, potrannosi dai medici ottenere facilmente dai rispettivi Ufficii comunali).

4. Quale è la frequenza delle principali malattie seguenti: 1. febbre tifoide o tifo addominale; 2. febbre petecchiale o tifo esantematico; 3. reumatismo articolare acuto febbrile; 4. scrofola; 5. tisi; 6. pneumonite; 7. metrite; 8. calcoli orinarii; 9. epilessia; 10, corea; 11 isteristo.

(Di ciascuna di queste malattie sarebbe desiderabile sapere se sia molto, mediocremente, o poco frequente, od anche se per avventura manchi del tutto. E quando si potesse, sarebbe pure utilissimo a sapersi numericamente la frequenza della tisi in un dato periodo d'osservazione e sopra un determinato numero d' abitanti; e la mortalità della febbre tifoide e della pneumonite sopra un dato numero d' infermi delle malattie stesse. Importerebbe però che si indicasse altresì quale durata l' osservatore assegni in genere alla pneumonite, e con quale frequenza approssimativamente vada vedendo le febbri sinoche e le gastriche).

5. Altre notizie che le specialità dei luoghi somministrino, e la perspicacia e buona volontà dei medici consiglino di segnalare. Dopo di che i riferenti vorranno pure indicare da quanto tempo dimorano nei luoghi di cui forniscono le notizie

Del resto, potendo importare a quelli, di cui si chiede la cooperazione l' avere più adeguata idea dell' opera da noi annunciata, aggiungeremo: che essa potrà occupare da 30 a 40 fogli di stampa: essere forse corredata di carte geografiche; e seguire presso a poco il seguente programma. = Parte I. Greografia generale dell' Italia, per ciò che può importare alla medicina. Geografia fisica: orografia, idrografia, planigrafia, condizioni agricole. Geologia, mineralogia, idrologia minerale medica. Botanica e zoologia. Climatologia e meteorologia. Topografia e

condizioni sanitarie generali delle varie provincie. = Parte II. Statistica generale. Demografia del regno: popolazione per sesso, età, periodi di vita, condizione domestica e sociale, ecc., nascite per sesso, condizioni sociali, ecc.; parti semplici e multipli, aborti, prematuri ed a termine, nati-morti; sterilità; matrimoni, distinti per tutte quelle condizioni che possono influire sulla costituzione fisica e sulla salute della prole: morti per sesso, età, stagione; demografia delle provincie e dei comuni: quadro delle circoscrizioni amministrative e loro popolazione assoluta e relativa: tavole demografiche speciali, come sopra. Servizio sanitario: scuole mediche; ospedali ed ospizii; medici, ecc. = Parte III. Geografia e statistica speciale. Endemie dei varii luoghi. Epidemie: quali sonosi avute nei diversi luoghi e quali no. Tavole nosografiche; frequenza, intensità e mortalità delle singole malattie, sempre secondo i varii luoghi e secondo il sesso, l'età, le condizioni sociali, le stagioni, ecc. Imperfezioni, deformità, statura, costituzione fisica, prevalenti negli abitanti delle varie provincie. Proporzione e mortalità degli ammalati di medicina e di chirurgia negli ospedali, ecc. Oltre di ciò, ai diversi punti dell'opera saranno dati gli opportuni riscontri internazionali.

Restami ora a pregare i signori direttori degli altri giornali medici d'Italia a volere, per cortesia di colleghi e per amore della scienza nostra, riprodurre il presente programma e raccomandare ai loro abbonati di corrispondere al mio fiducioso invito.

Bologna, 27 maggio 1875 (Strada Maggiore, 286).

Dott. *Raffaello Zampa.*

Nuove disposizioni della legge sull'insegnamento e sugli esami universitari, — La legge testè approvata dal Parlamento sulla tassa e sugli esami universitari è la seguente:

« Art. 1. È esteso l'obbligo della iscrizione ai corsi anche alla Università di Napoli.

I corsi degl'insegnanti a titolo privato debbono essere notificati al rettorato di quella Università ed annunziati insieme con quelli degli insegnanti ufficiali, ma potranno essere fuori del recinto dell'Università.

Art. 2. La tassa d'iscrizione ai corsi, ai quali si applica l'art. 102 della legge del 13 novembre 1859, verrà pagata dallo studente alla cassa della Università e da questa all'insegnante a titolo privato.

Art. 3. Il numero degli esami e quello dei componenti le commissioni esaminatrici sarà determinato con decreto reale, udito il parere del Consiglio superiore.

Art. 4. Gli esami saranno pubblici ed avranno luogo per ciascun candidato.

Oltre i professori ufficiali, saranno chiamati a far parte delle Commissioni esaminatrici uno a due membri scelti fuori il corpo accademico ed a preferenza fra i privati docenti.

Art. 5. Gli studenti delle Università e degli istituti d'istruzione superiore, oltre le tasse stabilite dalla legge 11 agosto 1870, allegato *K*, pagheranno una sopratassa d'esame nelle misure seguenti:

a) Gli studenti delle facoltà di giurisprudenza e di medicina e chirurgia e quelli di matematiche pure colla scuola di applicazione, L. 100.

Gli studenti delle facoltà di scienze fisiche, naturali e matematiche, e quelli di farmacia aspiranti alla laurea, gli studenti di filosofia e lettere, e gli aspiranti al diploma di abilitazione alla professione farmaceutica, L. 50.

Il pagamento di questa sopratassa sarà ripartita in tante quote annue quanti sono gli anni del corso prescritti pel conseguimento della laurea o del diploma.

b) Gli studenti aspiranti al diploma di notajo, procuratore o causidico, pagheranno per ogni anno del loro corso la stessa quota annua che si paga dagli studenti aspiranti alla laurea di giurisprudenza.

Gli studenti di veterinaria e agraria e di chirurgia minore e le aspiranti levatrici pagheranno per ciascun anno di corso lire 12.

Le quote annue della sopratassa di esame si verseranno dagli studenti nella cassa dell'Università od istituto, prima della iscrizione agli esami annuali.

Il fondo che annualmente vien costituito dalle quote versate dagli studenti sarà distribuito ai membri delle Commissioni esaminatrici, in ragione del numero degli esami cui ciascuno avrà preso parte.

Un regolamento approvato per decreto del ministro della pubblica istruzione, stabilirà i modi nei quali sarà annualmente fatta questa distribuzione, e l'uso della somma eccedente le retribuzioni degli esaminatori. »

Il nuovo Regolamento, già messo in vigore, per le nomine dei professori universitari, all'articolo 1.° stabilisce che quando vaca una cattedra in un'Università, ed il Ministro si risolve di nominarvi un prof. ordin. o straord., l'istesso Ministro inviterà il Consiglio Superiore a proporre una Commissione di 5, 7 o 9 membri tra i cultori più cospicui della disciplina, al cui insegnamento occorra di provvedere.

Se a questa Commiss., presieduta da un membro del Consiglio Superiore, *parrà* che tra i cultori di quella disciplina (che è quanto dire anche se non appartenga per verun titolo al Corpo universitario) ve ne sia uno eleggibile in virtù dell'art. 69 della legge 13 nov. 1859 (1), lo

(1) Art. 69: « Il Ministro potrà proporre al Re per la nomina, prescindendo

indicherà al Ministro, che sentito il Consiglio Superiore potrà proporne la nomina al Re (art. 2).

L'art. 3. stabilisce che quando la Commissione dichiari di non poter proporre l'applicazione dell'art. 69 summenzionato, si farà luogo a un concorso per *soli titoli*.

I documenti e titoli di ciascuno concorrente, da presentarsi al Ministero, saranno da quest'ultimo comunicati successivamente ai membri della Commissione; e questa sarà per intiero convocata per il definitivo giudizio appena il Ministro sappia ch'essi compirono l'esame de' detti documenti (art. 4 e 5).

L'art. 6. stabilisce che qualora « il concorso per titoli resti senza effetto sarà intimato un concorso per esame. » La stessa Commissione di cui all'art. 1, presiederà il concorso per esami.

Ecco ora le norme cui devono assoggettarsi i concorrenti per esami:

a) Una memoria a stampa sopra un argomento a scelta di ciascun concorrente (rimessa al Minist. 15 giorni prima dell'apertura delle prove in numero di copie bastevoli per distribuirne ai componenti della Commissione ed agli altri concorrenti).

b) Una lezione di non meno di 50 minuti (erano prima 40) sopra un tema estratto a sorte sopra 20, formulati dalla Commissione in modo da comprendervi le parti principali dell'insegnamento che è soggetto del concorso.

c) Un esame orale, nel quale i concorrenti saranno interrogati liberamente dai membri della Commissione su qualunque parte della scienza, e non potrà durare meno di un'ora.

A queste prove, comuni per tutti i concorsi ad esame, si aggiungerà « per le scienze descrittive e sperimentali un esercizio pratico. »

Tanto i 20 temi, di cui sopra, come la prova dell'esercizio pratico da farsi, sono designati in schede entro pieghi suggellati, dati in consegna al presidente della Commissione.

Altri articoli dispongono che il tema della lezione, estratto a sorte, sia letto al concorrente 3 ore prima d'incominciarla. Se sono più concorrenti si presenteranno col dovuto intervallo, per avere lettura di esso tema. Se l'esperimento dovesse (a cagione del n.o grande dei concorrenti) durare più giorni, allora ogni giorno si estrarrà un nuovo tema, da levarsi da una cassetta a doppia chiave, una in mano del rettore, e l'altra del presidente.

Tutte le prove saranno fatte innanzi ai membri effettivi e supplenti della Commissione, al Rettore e alla Facoltà dell'Università in cui

da ogni concorso, le persone che per opere, per iscoperte o per insegnamenti dati, saranno venute in meritata fama di singolare perizia nelle materie in cui dovrebbero professare. »

tiensi il concorso, ed al pubblico. Terminata ciascuna delle prove la sola Commissione giudica e vota.

Nel concorso per titoli (così l'art. 18) e in quello per esame sarà tenuto conto non solo del merito scientifico del candidato, ma ancora dell' *attitudine didattica* e dell'esercizio dell' insegnamento.

Nella relazione verrà indicato il numero dei voti conseguiti da ciascun candidato. I candidati dichiarati *eleggibili* dalla Commissione saranno graduati. Ciascun membro effettivo e votante di essa Commissione avrà diritto di aggiungere nella relazione finale le proprie osservazioni intorno al voto della maggioranza. Verbali e relazioni saranno presentati al Ministro dal presidente della Commissione (art. 20, 21, 22 e 23).

I professori straordinari di nomina anteriore al Decreto e Regolamento 13 maggio 1875, quando chieder vogliano la promozione a ordinari, debbono presentare al Ministero, insieme alla lor domanda: 1. i documenti e titoli che crederanno atti a fornire le prove della loro attitudine didattica, e dei nuovi meriti scientifici acquistati; 2. la prova di aver esercitato l'ufficio di professore straordinario per 3 anni senza interruzione.

Quando non vi siano ragioni d'ordine amministrativo che si oppongano alla nomina di un ordinario, il Consiglio superiore proporrà al Ministro una Commissione composta nei modi indicati dall'art. 1. del Regolamento già da noi fatto conoscere. Trattandosi (così l' art. 5.) di professori straordinari nominati fuori concorso, la Commissione esaminerà se sia loro applicabile l'art. 69; in caso diverso si farà luogo ad un concorso per titoli.

Ecco adunque come d'or innanzi saranno nominati in Italia i professori universitari: evidentemente il nuovo Regolamento toglie alle Facoltà locali il diritto di proposte per nuovi professori ordinari o straordinari; i quali ultimi devono pure nominarsi nei modi indicati dall'art. 1, sempre quando vachi una cattedra.

L' età legale. — In seguito ad un atto del Parlamento nel 1874, il Governo inglese incaricò i suoi rappresentati all' estero di raccogliere informazioni sull' età legale in cui, nei diversi Stati del continente, si può contrarre matrimonio. Ecco i risultati di questa inchiesta:

In Austria l' età minima è di 14 anni per ambo i sessi: e perchè un matrimonio sia valido bisogna che i 14 siano compiuti.

In Ungheria, ove le leggi sul matrimonio sono essenzialmente religiose, gli uomini, nel rito cattolico, possono contrarre matrimonio a 14 anni e le donne a 12 anni compiuti. La chiesa greca Ortodossa se-

guel a stessa norma. Fra i protestanti gli uomini non si ammogliano prima di 18 e le donne prima di avere 15 anni. Nella Cisleitania gli ebrei sono sottoposti alla legge civile; ma in Ungheria non v' ha nessuna restrizione riguardo all' età in passare a nozze.

In Russia l' età legale è di 18 anni per gli uomini e di 16 per le donne.

In Turchia non v' ha nessuna legge generale che concerna l' età legale.

In Italia l' età legale è di 18 per gli uomini e di 15 per le donne.

In Prussia la legge del 1872 stabilì che gli uomini non possono ammogliarsi prima di 18 anni, nè le donne passare a marito se non hanno 14 anni compiuti.

In Francia l' età legale è di 18 anni per gli uomini e di 15 per le donne, ma il Codice ammette delle dispense. Sotto l'antica monarchia gli uomini potevano ammogliarsi a 14 e le donne a 12 anni, come in Atene e nell' antica Roma.

Nel Codice belga l' età legale è la stessa che in Francia.

In Grecia l' età legale è di 14 anni per gli uomini e di 12 per le donne, e di 16 e 14 per le isole Jonie.

In Ispagna la legge del 1870 fissò l' età legale a 14 anni per gli uomini ed a 12 per le donne.

Nel Portogallo l' età legale è la stessa che in Ispagna, ma è stabilito che i minorenni dei due sessi non possono contrarre matrimonio senza il consenso dei genitori.

In Sassonia ed in Rumenia l'età legale è di 18 anni per gli uomini e di 16 per le donne.

Nella confederazione Elvetica la legge sul matrimonio presenta molte divergenze rispetto all' età in cui può essere contratto. Alcuni cantoni fissarono l' età legale a 20 anni per gli uomini ed a 17 per le donne, altri a 14 ed a 12. In tutti i Cantoni si esige il consenso dei genitori degli sposi; ed in quelli di Uri, di Sciaffusa, di Appenzello, del Ticino e di Ginevra, tale consenso è indispensabile fino a tanto che gli sposi non hanno compiuti 25 anni d' età.

(*Gaz. Ufficiale*).

Associazione medica italiana. — *Circolare ai Comitati dell'Associazione.* — Dall'epoca dell' ultimo Congresso generale tenuto in Bologna nel settembre u. s. a quest'oggi, nulla è occorso nell' Associazione medica italiana che richiedesse da parte di questa Presidenza una pronta divulgazione. È questa la causa se non unica, almeno la principale, della non avvenuta pubblicazione di Bullettini periodici.

Una convocazione plenaria della Commissione esecutiva ebbe luogo ai primi del mese di dicembre per la consueta nomina delle cariche che

è di spettanza della Commissione stessa, e il cui risultato fu il seguente:

Segretario C. Brunelli — *V. Segretario* G. Fedeli
Economo D. Garneri.

Quantunque la Presidenza della Commissione esecutiva avesse per sè sola dal VI Congresso il mandato di studiare il modo di unificare le forze della nostra Associazione con quella dei medici condotti, tuttavia essa non volle perdere la occasione di questa seduta plenaria per interrogare sull'argomento tutti i componenti la Commissione Esecutiva ed averne il savio loro parere. Dalla discussione che n'ebbe luogo tra i membri intervenuti, e dalle giuste considerazioni ad assennate proposte pervenute per lettera dagli assenti, benchè nulla sia stato concretato in proposito, questa presidenza nutre però fiducia di poter essere apportatrice al VII Congresso di componimenti amichevoli e degni della medica famiglia italiana.

Nulla avendo in seguito richiesto la convocazione plenaria della Commissione Esecutiva, si sono sempre tenute adunanze presidenziali coll'intervento dei membri residenti in Roma, allo scopo di dare evasione alle ordinarie bisogna dell'Associazione.

Tralasciando di discorrere le cose di minor conto avvenute in questo periodo di tempo, accenneremo soltanto alle seguenti, cominciando da tre fatti per sè deplorevolissimi, ma che serviranno almeno a convincere sempreppiù la classe medica che dicontro ad un sistema che la disereda in gran parte de' suoi dritti, non le resta che tener alto il proprio credito scientifico, e dicontro all'autonomia de' Comuni che la rende schiava di questi, non ha che ad opporre la concorde dignità nell'esercizio.

I fatti a cui alludiamo sono:

1.° La inefficacia dei nostri sforzi onde appoggiare presso il Ministero dell'interno il ricorso dei medici della Provincia di Belluno riguardante il dritto alla pensione guarentito loro dallo Statuto arciducale del 31 dicembre 1858. Un decreto reale, in data 24 gennaio, respinse quel ricorso, previo il parere del Consiglio di Stato, e non resta ora a quei nostri egregi colleghi che fare appello ai Tribunali ordinari.

2.° Nè fu meno infruttuosa l'opera nostra presso lo stesso Ministero allorchè si trattò di fare annullare un Decreto di collocamento a riposo, che potrebbe chiamarsi più giustamente di espulsione, di 23 fra medici e chirurghi dell'Ospedale degl'Incurabili di Napoli; decreto che ledeva, con aperta ingiustizia, i diritti acquisiti di molti degnissimi colleghi, e recava una offesa incalcolabile all' interesse morale di tutti. Anche in questa occasione il Ministero rispose negativamente, appoggiandosi alla legge vigente che dichiara autonomi i Governi locali delle opere pie. Ciò che si chiedeva oltrepassava dunque le sue facoltà, e dovevasi anche qui, essendovi lesione di diritti, adire i Tribunali ordinari.

3.° E non è meno a deplorarsi quanto accadeva non ha guari ai medici del Comune di Ancona i quali, dietro una decisione consigliare motivata da ragioni di economia, furono tutti licenziati dal loro posto per tanti anni degnamente occupato e con pregiudizio gravissimo dei loro interessi materiali o morali. In questa malaugurata vicenda, nella quale le circostanze e le vedute diverse de' nostri colleghi di Ancona contrariarono ed impedirono quella solidarietà di operato che avrebbe prodotto migliori effetti, questa Presidenza dovette suo malgrado declinare ogni opera mediatrice, convinta troppo dalla esperienza e dai patiti disinganni, della inutilità delle pratiche, e volentieri ne rimetteva il compito alla Presidenza dell'Associazione dei medici condotti.

Questi fatti dimostrano una volta di più, come già accennammo di sopra, la necessità che la classe medica da una parte si stringa con un patto solidale e fraterno per far fronte alle ingiuste pretese e alle inqualificabili vessazioni; dall'altra tenga nei propri Congressi alto ed onorato il vessillo della scienza, non arrestandosi mai dal chiedere a pro di essa il dovuto primato nei giudizi di medica competenza.

4.° In mezzo a siffatte spiacevoli vicende è però di grande conforto il vedere non venir meno, anzi raddoppiarsi la costanza negli animi, e di ciò n'è prova luminosissima l'avvenuta ricostituzione del Comitato medico provinciale di Torino sotto gli auspici i più lusinghieri. Fanno parte infatti di questo Comitato molti professori dell'Ateneo, parecchi dottori aggregati alle facoltà, tutti i direttori de' giornali medici torinesi, i medici del Consiglio comunale, parecchi direttori delle cliniche e degli ospedali, molti giovani medici distinti e tutti disposti ad adoperarsi con tutto l'impegno al buon andamento dell'Associazione, e perchè il VII Congresso generale che avrà luogo in quella Città, riesca splendido e fecondo di buoni risultati per l'avvenire. Al quale ultimo scopo principalmente e perchè fossero anche più evidenti i buoni auspici co' quali risorse questo nobilissimo Comitato, il suo illustre Presidente il prof. Giacinto Pacchiotti, con generosità veramente esemplare, volle dotarlo della cospicua somma di L. 2000.

Quando sotto ad una bandiera noi vediamo far ritorno a schierarsi con magnanimo slancio uomini d'animo colto e gentile, noi dobbiamo esser convinti che quella bandiera rappresenta un principio nobilissimo, un interesse morale di prim'ordine: una tale bandiera invecchia, non perisce mai.

5.° Dobbiamo anche far menzione di un ultimo fatto che sebbene non riguardi direttamente la nostra Associazione, ha però con essa strettissima attinenza. Intendiamo parlare della fondazione in Roma del Comitato centrale dell'Associazione italiana di soccorso ai militari feriti e malati in tempo di guerra. Finora il tanto benemerito Comitato milanese ha funzionato provvisoriamente da Comitato centrale; ma siccome la Convenzione internazionale di Ginevra stabilì che i Comitati centrali

delle Associazioni nazionali risiederebbero nelle rispettive capitali, così questa Presidenza, di concertò con quella del sullodato Comitato milanese e con molti cittadini romani, cospicui per censo e per dottrina, detta opera solerte alla formazione in prima di un comitato promotore, e quindi alla definitiva costituzione del Comitato centrale, del cui Consiglio direttivo, secondo lo Statuto, dee far parte il Presidente della Associazione medica. Con ciò questa Presidenza, interprete legittima delle aspirazioni e dei propositi generosi dell'Associazione medica italiana, non fece che perseverare fedelmente in un opera che non solo è tradizionale, ma è anzi il portato dell' Associazione stessa; opera di cui non poteva immaginarsi la più umanitaria in un epoca di tanto sapiente esterminio di vite.

Crediamo ora opportuno di dare intanto alcune delle tesi che furono prescelte da questa Presidenza pel VI Congresso, acciò i Comitati possano a tutto loro agio sottaporle allo studio di speciali Commissioni e discuterle in adunanza.

1ª *Tesi.* — Della statistica medica comunale, modi d'impiantarla con semplicità ed uniformità onde raggiunga effetti igienico-sociali, possa servire di corredo ai periodici rapporti sulla sanità provinciale, valga come elemento alle compilazioni governative nazionali, e sia possibilmente utile agli studi internazionali di confronto. — Tenuto conto dei lavori dei Congressi internazionali di statistica, tracciare in special modo uno schema di *Bollettino settimanale delle cause di morte.* (Proposta Borgiotti ed altri, adottata dal VI Congr.).

2ª *Tesi.* — Visto il protettorato assunto dall'Associazione medica italiana nel Congresso di Venezia sulla benefica opera degli Ospizi marini, e importando che i risultamenti ne siano raccolti, ordinati ed esposti in una relazione complessiva, il sottoscritto propone che l' Associazione si costituisca organo di tale impresa e ne faccia argomento per il prossimo Congresso. (Proposta Agostini, adottata dal VI Congr.)

3ª *Tesi.* — Sulla necessità d'una Farmacopea italiana, e sui principi generali da servir di base alla medesima. Come corollario trattare la questione della tariffa dei medicinali. (Proposta Castiglioni, adottata dal VI Congr.)

4ª *Tesi.* — Della dignità del medico nelle questioni di giustizia e delle relative riforme all'attuale legislazione. (Proposta d' iniziativa del professore Raffaele, adottata dalla Comm. Esecutiva).

Terminiamo questa circolare col dirigere vivissime preghiere ai Comitati perchè si mettano sollecitamente in regola colla cassa centrale dell'Associazione. Facciamo loro riflettere che il ritardo nell' invio dell'annuo contributo è pur troppo tale un inconveniente che paralizza le forze del nostro organamento, e induce l'atonia in ogni opera che partir

dee dalla Commissione Esecutiva, tra cui principalissima è quella della pubblicazione degli Atti.

Roma, 21 giugno 1873.

Il Presidente
F. RATTI.

Il Segretario
C. BRUNELLI.

2.ª Seduta del Consiglio superiore dell' associazione nazionale dei medici condotti. — Il giorno 25 e 26 luglio si radunarono in Roma i membri del Consiglio superiore e fra varie cose approvarono definitivamente il Regolamento dell' Associazione che sarà poi presentato al Congresso.

Fu stabilito che la Commissione preparatrice del 2.° Congresso, debba senza ritardo mettersi in rapporto col Municipio di Padova, onde fissare locali, alloggi, biglietti d'iscrizione al Congresso, ecc. Anche le direzioni delle ferrovie saranno ufficiate per ottenere un ribasso pei membri del Congresso che si porteranno a Padova Il Cassiere Economo dott. cav. Attilio Donarelli presentò il Resoconto dello stato di Cassa con quella precisione e chiarezza che fanno del nostro Cassiere un vero modello di attività ed esattezza.

Finalmente fu stabilito il programma del futuro Congresso come segue:

1. Resoconto della Presidenza sull'andamento dell'Associazione.
2. Resoconto del Cassiere Economo sulla gestione Amministrativa.
3. Preposta di topografie e statistiche mediche dei singoli Comuni del Regno da compilarsi dai medici condotti facienti parte dell'Associazione. Relatore *Castiglioni.*
4. Del Codice sanitario per la parte che risguarda la gerarchia sanitaria, le ispezioni, la sorveglianza, e proposta di un ordinamento uniforme delle Condotte. — Relatore *Turri.*
5. Mutuo soccorso e pensioni. — Relatore *Berruti.*
6. Proposta di un giurì d'onore. — Relatore *Orsi.*
7. Modi di promuovere lo sviluppo dell'Associazione. — Relatori *Casati* e *Leoni.*

Società Fiorentina di soccorso agli Asfissiati. — Si va costituendo in Firenze una tale Società, effettuando un voto già da molti anni espresso da uno dei suoi più illustri e più distinti cittadini, di cui siasi in questi ultimi tempi lamentato la perdita, cioè dal professor Carlo Burci. Promotori d'una tale istituzione che colmerà un vuoto che ci viene giustamente rimproverato, sono i signori Billi dott. Luigi, Bos cav. dott. Alfonso, Corsini March. Cino Ernesto, De Gambray Digny

avv. Tommaso, Dunn dott. Carlo. Digerini Nuti March. Andrea, Ginori Lisci March. Carlo, Giarré cav. avv. Massimiliano, Kudson Sir James, Mori-Ubaldini degli Alberti conte Guglielmo, Peruzzi Comm. Ubaldino, Peruzzi Comm. Simone, Pacini cav. prof. Filippo, Simi cav. prof. Andrea, Torrigiani Marchese Pietro. L' *Imparziale* non può che incoraggiare il nobile intendimento, e far voti perchè possa venir presto attuato e raccomandato ai suoi associati e ai medici tutti di sottoscriversi e mandare la loro adesione al cav. avv. Massimiliano Giarrè, Borgo S. Croce N.° 8, 1.° piano. Lo scopo della Società è indicato dal suo titolo. I soci potranno essere, a forma dello Statuto, Art. 6. Contribuenti, onorarii e assistenti. Art. 7. I soci contribuenti concorrono con elargizioni straodinarie e con tasse annue alle spese sociali, ed essi soli han diritto al voto nelle adunanze generali. Art. 8. a titolo di tassa annua i soci contribuenti pagheranno L. 6, in due rate semestrali anticipate, che una nel gennaio e una nel mese di luglio d'ogni anno. Art. 9. La tassa è ridotta della metà per gli Ufficiali dell'esercito, per i Pompieri, le Guardie di città, le Guardie daziarie, le Guardie di pubblica sicurezza, i Barcajoli, Navicellai, Renaioli ed in genere que' cittadini che il Consiglio credesse per circostanze speciali inscrivere nel numero degli assistenti.... Art. 16. I soci, ove se ne presenti occasione, apprestano i primi soccorsi all' asfissiato conformemente alle istruzioni pubblicate dalla società; e gli assistenti han diritto e dovere di frequentare le lezioni popolari sulle asfissie di che all'articolo 3, lettera *c*. Art. 17. Per ogni ammissione di socio, dovrà esser presentata domanda scritta al Consiglio Direttivo da un socio contribuente; e il Consiglio Direttivo nella più prossima adunanza delibererà sulla domandata ammissione. Art. 18. I soci tutti s' intendono vincolati per due anni della data della loro ammissione. Art. 19. Non possono essere ammesse le domande di coloro, i quali già furon soci, se prima di cessare di far parte della Istituzione non adempirono a tutti gli obblighi sociali o furono espulsi dalla società medesima.

(*L'Imparziale*).

Concorsi. — *Al premio Riberi per gli ufficiali medici*, relativo ai 20 mesi decorrendi dal 1.° aprile 1875 al 30 novembre 1876.

PROGRANMA.

Sarà aggiudicato un premio di lire *duemila* (1) alla migliore delle memorie, redatte da ufficiali del corpo sanitario militare, sul tema seguente:

a) *Considerare le malattie, la mortalità e le riforme nell' esercito italiano a confronto degli altri eserciti europei;*

(1) Il premio questa volta sarà doppio, non essendo stato aggiudicato quello del precedente concorso.

b) *Indicarne, pel nostro esercito, le principali cause e proporre i provvedimenti più opportuni per diminuire gli effetti di queste.*

Condizioni del concorso.

1. Nessuna memoria, per quanto pregevole, potrà conseguire il premio, se l'Autore non avrà soddisfatto a tutte le esigenze del programma.

2. Le memorie non premiate potranno, ove ne siano giudicate degne, conseguire una menzione onorevole.

3. Le dissertazioni dovranno essere inedite e scritte in lingua italiana, francese o latina, con caratteri chiaramente leggibili.

4. Potranno concorrere solamente gli ufficiali medici dell'esercito e della marina, tanto in attività di servizio quanto in aspettativa o in ritiro. Ne sono però eccettuati i membri del Comitato di sanità militare e della Commissione aggiudicatrice del premio.

5. Ciascuna memoria dovrà essere contrassegnata da una epigrafe la quale verrà ripetuta sopra un'anessavi scheda suggellata, contenente il casato, il nome, il grado ed il luogo di residenza dell'autore.

6. Sarà evitata qualunque espressione che possa far conoscere l'autore, altrimenti questi perderà ogni diritto al conseguimento del premio.

7. Verranno soltanto aperte le schede della memoria premiata e delle giudicate meritevoli di menzione onorevole; le altre schede saranno abbruciate senza essere aperte.

8. L'estemo limite di tempo stabilito per la consegna delle memorie all'ufficio del Comitato di sanità militare, è il 30 novembre 1876; quelle che pervenissero in tempo posteriore sarebbero considerate come non esistenti.

9. La pubblicazione, nel *Giornale di medicina militare*, dell'epigrafe delle memorie presentate al concorso servirà di ricevuta ai loro autori.

10. Il manoscritto delle memorie presentate al concorso apparterrà di diritto al Comitato di sanità militare, con piena facoltà ad esso di pubblicarlo per mezzo della stampa.

L'autore però è altresì libero di dare, con lo stesso mezzo, pubblicità al proprio lavoro, anche emendato e modificato, purchè in questo caso faccia sì che da una prefazione o dal testo del libro, si possano conoscere tutti gli emendamenti e le modificazioni introdottevi posteriormente all'aggiudicazione del premio. (*Giorn. di Med. Mil.*, Maggio 1875).

Il Presidente del Comitato di sanità militare
Maggiore generale medico
Cortese.

— *Premio ordinario dell' Istituto Lombardo in Milano.* — Tema per l'anno 1877. « Programma di un ospedale per malattie contagiose, adatto alla città di Milano. »

Tempo utile pel concorso, fino alle 4 pomeridiane del 28 febbrajo 1877.

Il premio è di L. 1200.

— *Premii ordinarii di fondazione Cagnola.* — Tema per l'anno 1876. « Della elettroterapia, applicata alla risoluzione de' tumori. »

Tempo utile pel concorso, tutto febbraio 1876.

Il premio è di L. 1500, e una medaglia d'oro di L. 500.

Tema per l'anno 1876. « Dell'ubbriachiezza in Italia, comparativamente ad altri paesi. »

Tempo utile pel concorso, tutto febbraio 1876.

Il premio è di L. 2000, e una medaglia d'oro di L. 500.

Tema per l'anno 1877. « Sulla longività media dell'uomo in Italia, e sui mezzi di prolungare la vita umana. »

Tempo utile pel concorso, fino alle 4 pomeridiane del 28 febbraio 1877.

Il premio è di L. 1500, e una medaglia d'oro di L. 500.

— *Premii di fondazione Secco-Commeno.* — Tema per l'anno 1876. « Determinare quali siano i migliori mezzi antifermentativi ed antisettici, quali i migliori disinfettanti e deodoranti, sia semplici che composti, ecc. »

Tempo utile pel concorso, tutto febbraio 1876.

Il premio è di L. 864.

Tema per l'anno 1877. « Indicare un metodo di cremazione dei cadaveri, da sostituirsi all'attuale inumazione. »

Tempo utile pel concorso, tutto febbraio 1877.

Il premio è di L. 864.

— *Premio straordinario Castiglioni.* — Tema per l'anno 1878. « Dimostrare se, per la profilassi contro il vaiuolo, debbasi la preferenza alla vaccinazione animale, o alla vaccinazione umanizzata. »

Tempo utile pel concorso, sino alle 4 pomeridiane del 28 febbraio 1878.

Il premio è di L. 700.

— *Premii di fondazione Fossati.* — Tema per l'anno 1876. « Storia dei progressi dell'anatomia e della fisiologia del cervello nel secolo corrente, con particolare riguardo alla dottrina di Gall. »

Tempo utile per il concorso, fino alle 4 pomeridiane del 1.° aprile 1876.

Il premio è di L. 2000.

Tema per l'anno 1877. « La clinica e la patologia sperimentale del cervelletto, in relazione alle funzioni assegnate dalla dottrina di Gall a questo viscere. »

Tempo utile pel concorso, fino alle 4 pomeridiane del 1.° aprile 1877.

Il premio è di L. 2000.

— *Posti di perfezionamento all' interno.* — A tutto il 20 settembre 1875 è aperto il concorso per sei assegni di perfezionamento all' interno (L. 1200 all'anno).

Sono ammessi al concorso i giovani medici, laureati da non più di 4 anni. Ogni aspirante deve dichiarare in quale Università o Istituto superiore del Regno, ed in quale ramo di scienza intende perfezionarsi.

Premii aggiudicati. — Nella seduta delli 6 agosto l'Accademia di medicina di Torino, ad unanimità dei soci ordinari presenti, deliberava di conferire il 4.° *premio Riberi* di L. 20,000 al prof. Maurizio Schiff, per una Memoria intitolata: *Contribuzione alla fisiologia patologica del midollo spinale.*

— L'Imperatrice di Germania nell'occasione dell'esposizione di Vienna, aveva instituito *un premio di 2000 talleri pel migliore manuale di chirurgia tecnia militare.* Furono presentati 5 lavori. La Commissione giudicatrice era composta dei professori Langenbeck, Billroth e Soncin. Questi riconobbero in tre dei lavori presentati un merito superiore, e proposero la divisione del premio per modo che uno dei lavori, che rispondeva pienamente al programma, avesse 1000 talleri, e gli altri due 500 cadauno. Sua Maestà aderì a questa proposizione, e si riconobbe all'apertura delle schede suggellate, che il primo premio toccò al prof. Esmarch di Kiel, quello stesso che diede il nome al metodo operativo anemizzante; degli altri due, uno al prof. di chirurgia militare Portner inglese, l'altro al dott. Giuseppe Landsberger di Posen. (*Berlin. Klin. Woch*).

— *R. Istituto Lombardo di scienze e lettere.* — Premii Cagnola:

I. *Sulla trasfusione del sangue.* Cinque concorrenti, la Commissione non decretò il premio a nessuno, ma accordò L. 500 a titolo di incoraggiamento a ciascuna delle tre migliori Memorie; di cui aperte le schede, si trovarono Autori, 1° il dott. M. De-Cristoforis di Milano. 2° il professore C. Lombroso di Pavia. 3° i dottori R. Rodolfi e G. B. Manzini di Brescia.

II. *Ipsometria e analisi delle acque di Milano.* — Due concorrenti, il prof. Angelo Pavesi e l' ingegnere Ermenegildo Rotondi, che non toccarono il premio ma L. 1000 per ciascuno a titolo d' incoraggiamento.

III. *Sulla natura dei miasmi e contagi.* — Due concorrenti. A nessuno venne aggiudicato il premio.

— Fu accordato un *sussidio di perfezionamento all'estero* al giovane dott. Marchiafava Ettore, settore presso il laboratorio d'anatomia patologica nella R. Università di Roma; ed altro *sussidio straordinario* fu pure accordato al dott. Mossa Andrea, per un posto di studio e perfezionamento nelle cliniche di Torino.

Nomine ed onorificenze. — Con recenti Decreti Ministeriali furono nominati professori straordinari nella *R. Università di Pavia*: De Giovanni dottor Achille per la patologia generale; Taramelli dottor Torquato per la mineralogia e geologia; Maggi dott. Leopoldo per la zoologia e anatomia comp.; a Settore presso il Gabinetto d'Anatomia il dott. Colombo Giuseppe. — *R. Università di Messina* ad incaricato della Chimica generale il prof. Pellegrino Luigi. — Nella *R. Università diNapoli* ad Assistente presso la Clinica oftalmica il dott. Fiore Cesare. — Nella *R. Università di Palermo* a Settore nel Gabinetto di anatomia il dott. Di Stefano Giacomo. — Nella *R. Università di Roma* fu nominato con Decreto R. professore emerito della Facoltà medico chirurgo l'ill. Senatore Comm. Carlo Maggiorani.

— Il dott. C. N. Cenni è stato nominato membro con medaglia d'oro della R. Associazione dei benemeriti italiani residenti a Palermo, e socio onorario della Società promotrice dell' Educazione popolare in Foligno.

— Anche il dott. cav. Lorenzo Bartoli di Roma fu nominato pei suoi meriti scientifici membro corrispondente della R. Associazione dei benemeriti italiani con sede centrale in Palermo.

— Nella seduta privata del 18 luglio, della Società medico-fisica-fiorentina furono nominati socii conservatori i signori dottori Gius. Turchini, dottor Giovanni Del Greco e dottor Alessandro Herzen. Furono poi nominati socii corrispondenti i signori professori Papa di Torino, prof. Chirone di Napoli e dott. Morselli di Modena. Infine furono dichiarati per acclamazione socii onorarii il prof. Ferdinando Zannetti di Firenze e il prof. Rizzoli di Bologna.

— Il dott. Churchill, il ben noto ostetrico di Dublino cessò dall'esercizio; egli sceglierà la sua residenza nel nord dell'Irlanda. Egli fu presidente del Collegio medico nel 1867-68, a cui donò circa un migliajo di volumi, la più parte di ostetricia e sulle malattie dell' infanzia; il Collegio determinò di collocarne nella sala degli esami il ritratto in grandezza naturale, lavoro ad olio di celebre artista, e di presentargli un indirizzo che lo assicuri del rispetto e della alta stima dei singoli Membri.

— Il Consiglio comunale di Marostica approvò ad unanimità la proposta di collocare in pubblico luogo, l'effigie del suo concittadino Prospero Alpino, dotto botanico, medico illustre e celebre professore dell'Università di Padova.

Annunzi bibliografici. — Il sottoscritto, dando in breve mano alla pubblicazione di un *Trattato Teorico-Pratico di Patologia Speciale Medica e Terapia* compilato sui progressi fatti dalla Scienza in questi ultimi tempi, prega caldamente tutti i Medici italiani di volergli favorire una Copia dei loro lavori e ciò per non avere il rammarico di

avere dimenticato o trascurato, come suole spesso farsi, gli studi dei proprii connazionali.

Il sottoscritto poi non mancherà di restituire le stampe, non appena le avrà consultate, a quei Medici e Clinici che desiderassero riaverle.

Dott. *Temistocle Santopadre.*

— Il prof. Alfonso Corradi di Pavia pubblicherà in breve un bel volumetto contenente oltre 40 lettere inedite del Lancisi al Morgagni che si trovano fra i manoscritti della Parmense, ed altre 40 e più dello stesso Lancisi al Morgagni, possedute dalla Biblioteca forlivese.

Beneficenza. — Il signor Angelo Daminiani, morto nel 6 giugno u. s., dispose di un legato di L. 30,000 a favore dello Spedale Maggiore di Milano coll'onere di alcuni legati pii.

— Il sig Fantelli Cesare, morto il 4 luglio p. p., lasciò erede universale di un ingente patrimonio lo stesso Ospedale di Milano.

Lasciò L. 1500 annue da largirsi ai poveri cronici della parrocchia di S. Maria del Naviglio — L. 1000 per una volta tanto al ricovero dei bambini lattanti alla darsena di Porta Ticinese — instituì 4 letti per persone croniche della parrocchia di S. Maria nello stesso Ospedale Maggiore — legò L. 1000 annue per l'Opera Pia baliatico a favore di madri povere, e L. 5000 annue agli asili infantili.

— È morto poco fa a Bagnocavallo, in Romagna, un certo Antonio Bedeschi, milionario, ch'era tenuto in considerazione di originale avarissimo. Non teneva le tende per non sporcarle, si copriva nel letto con sacchi, dicendo le coperte inutili oggetti di lusso. Esso era avaro, ma la sua avarizia aveva uno scopo filantropico: economizzava per far del bene al suo paese, e disprezzando il volgo che imprecava alla sua avarizia, soleva dire; « Quando sarò morto mi benediranno. »

Il Bedeschi morì, ed ora tutto il paese benedice al suo nome. Nella sua casa in Bagnocavallo sorgerà un ricovero pei ciechi e per gli storpi. Cospicue somme ereditarono il ricovero degli orfanelli, quello dei cronici e l'ospedale; i poveri del paese ebbero 5 lire a testa.

Il Bedeschi, che lasciò un milione a scopo di beneficenza, fissò 50 lire per il proprio funerale!

Legato Versari. — Non pago del cospicuo dono della statua di Morgagni, fatto non ha guari alla città di Forlì e all'Italia, il professor Versari largiva alla Società Medico-Chirurgica di Bologna altro

dono prezioso. Ecco in quali termini ne fa parola il processo verbale di quella Società, nella seduta 22 marzo 1875.

« Sciolta la seduta ed usciti prima dalla sala i soci Canuti e Versari, il signor Presidente invita allora gli altri soci a trattenersi; e loro comunica di avere ricevuto dal socio residente e Vice-Presidente Comm. prof. Camillo Versari una lettera, ove annunzia che nel suo testamento ha disposto che tutti i suoi libri insieme alle scanzie del suo studio, busti, la raccolta di medaglie di medici sommi che ornano diverse camere dalla sua abitazione, preziose reliquie di famiglie e di scienza, come alla nota 11, prot. 1875, dopo la morte di Lui passino in possesso di questa Società.

Molti dei soci presenti prendono la parola per esprimere i sensi di grato animo a nome dell'intera Accademia, e unanimi tutti nell'accogliere l'offerto dono, vogliono che al generoso socio sieno rese con lettera speciali azioni di grazie; che di questa disposizione sia fatto annotamento nei verbali delle sedute che vengono inseriti nel Bullettino; e decretano pur anco fin d'ora, che quando andrà ad attuarsi la consegna del legato, facendo però ardente voto che sia il più tardi possibile, una perenne memoria in marmo ricordi ai posteri il ricevuto benefizio. »

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. **Malachia De-Cristoforis.**

VALLE. Delle injezioni ipodermiche di calomelano nelle malattie sifilitiche . . . . . » 227
ZEISSL. Valore comparato della cura della sifilide col mercurio e l'iodio da una parte, e l'aspettazione dall'altra . . . » 227
HUTCHINSON. Quando e come usasi il mercurio nella sifilide » 227
BONNET. Alterazioni ossee prodotte dal mercurio . . . » 229
CARAT. Uso del joduro di ammonio nella sifilide . . . » 229
HAMMOUD. Il bromuro di calcio contro la nevralgia sifilitica » 229
LAVE. Cura della sifilide terziaria . . . . . » 230
PAGET. Associazione del carbonato di ammoniaca al joduro di potassio nella sifilide . . . . . » 230

Sifilide ereditaria e dei bambini.

VICTOR DE MERIC. Di alcuni modi di trasmissione della si sifilide nella vita conjugale. . . . . » 230
PARROT. Osservazione di rachitide di origine sifilitica . . » 232
ROCHEBRUNE. Di alcune manifestazioni della sifilide congenita, ecc. » 233
ALTHAUS. Caso di epilessia infantile. . . . . » 235
EISENSCHITZ Lo stadio latente della sifilide ereditaria . . » 236
TAYLOR. Osservazioni cliniche sulle affezioni sifilitiche delle ossa delle mani dei bambini . . . . . » 236
BALLARD. Sifilide infantile . . . . . » 237
KRONID-SLAVYANSKI. Endometrite placentare gommosa . » 237
BREBANT. Sifilide ereditaria dal padre al figlio senza infezione materna . . . . . » 240
SHERGIS. Eziologia della sifilide ereditaria . . . . . » 240
LASCHKEWITCH. Sifilide ereditaria tardiva . . . . . » 241
OWRE. Nuovi dati per risolvere la quistione: Da chi, tra padre e madre, si trasmette la sifilide ereditaria? . . . . » 242

Rivista di clinica medica del prof. A. De Giovanni e del dott. F. Pirovano . . . . . » 242
FRAENTZEL. Della ipertrofia e dilatazione dei ventricoli del cuore prodotta dalle fatiche campali . . . . . » 243
HERTZ. Un caso di rammollimento del midollo allungato, causato dalla ipertrofia ed abnorme posizione del processo odontoideo dell'epistrofeo . . . . . » 245
BAAS. Sul respiro intermittente . . . . . » 248
DOWSE. Intorno alla cura della meningite cerebro-spinale . » 249
CHVOSTEK. Le sclerosi disseminate del sistema nervoso cerebrale » 249
BASTIAN. I segni clinici delle lesioni del ponte e delle gambe del cervello . . . . . » 250
BERNHARDT. Contribuzione clinica alla dottrina delle affezioni periferiche del cervello nell'uomo . . . . . » 252
ROTHMUND. Sulla eziologia del tifo . . . . . » 253
BOTKIN. La contrattilità della milza ed i rapporti fra i processi di infezione e la milza, il fegato, i reni ed il cuore . . » 254
CIANCIOSI. Sopra un caso di polmonite, suppurante curata coll'acido fenico e l'olio essenziale di trementina . . . . » 255
BARDUZZI. Brevi osservazioni sulla terapia della difterite e specialmente sull'uso dell'idrato di cloralio . . . . . » 256
FORNARA. Caso di rottura della milza . . . . . » 257
SPIAGGIA. Empiema sinistro in individuo affetto da infezione palustre, toracentesi, guarigione . . . . . » 258
BONFIGLI. Un caso di cisti dermoide nella cavità degli epiploon » 263
CONCATO. Caso di adeno-carcinoma periesofageo . . . . » 264
RIVA. Della compressione del torace dal lato sano come mezzo curativo degli essudati pleuritici . . . . . » 264
TOMMASI. Sulla iscuria isterica . . . . . » 265
TOMMASI. Nota sul tifo . . . . . » 265

Capozzi. Storia clinica di una catalessia . . . . . » 266
Consalvi. Intorno l'ateromasia delle arterie . . . . » 268

Rivista di fisiologia pel prof E. Sertoli . . . . . » 271
Vintschgan. Azione della saliva e dell'orina sull'amido jodurato » 272
Etzinger. Digeribilità dei tessuti collageni . . . . . » 273
Plosz. Sui peptoni . . . . . » 274
Maly. Sui peptoni . . . . . » 274
Ebstein e Grützner. Produzione della pepsina . . . . » 274
Vittich. Ghiandole piloriche . . . . . » 277
Ralfe. Formazione degli acidi del sangue . . . . . » 277
Maly. Sull'acido del succo gastrico . . . . . » 277
Laborde. Sull'acido del succo gastrico . . . . . » 279
Hüfner. Digestione della fibrina per opera del succo pancreatico » 279
Kunkel. Formazione di gas nella digestione pancreatica . » 280
Radziejewski e Salkowski. Produzione di acido asparaginico » 280
Williams. Azione della bile nell'assorbimento dei grassi . » 280
Mattieu et Urbain. Azione dei gas nella coagulazione del sangue » 280
Lassar. Dell'alcalescenza del sangue . . . . . » 281
Rohrig. Composizione e destinazione dei grassi alimentari » 282
Luehsinger. Sulla formazione del glicogene . . . . » 282
Tarchanoff. Formazione del pigmento biliare . . . . » 284
Tarchanoff. Idem. . . . . » 285
Speck. Influsso dell'alimentazione sullo scambio gazoso . » 286
Danilewsky. Sulla respirazione muscolare . . . . . » 287
Schmidt. Sul latte . . . . . » 288
Heidenhain. Secrezione dell'orina . . . . . » 289
Hoppe-Seyler. Formazione del pigmento dell'orina . . . » 290
Knieriem. Formazione dell'urea . . . . . » 290
Küssner. Formazione dell'urea . . . . . » 290
Schenck. Influsso del lavoro muscolare sulla scomposizione degli albuminati . . . . . » 291

Analisi bibliografica.

Schivardi. Trattato teorico pratico di balneoterapia e di Idrologia medica. Sunto bibliografico del dott. Carlo Zucchi . . » 291

Corrispondenza.

De-Cristoforis. Polemica intorno agli esperimenti di trasfusione sanguigna eseguiti nell' Ospedale Maggiore di Milano il giorno 19 luglio 1875 . . . . . » 328
Verga. Schiarimenti sulle esperienze di trasfusione sanguigna che ebbero luogo nell' Ospedale Maggiore di Milano. — Lettera del dott. Andrea Verga aldott. Camillo Bozzolo . . . » 328
Ponza. Delle trasfusioni eseguitesi nell'Ospedale Maggiore di Milano. Lettera agli egregi dottori Bozzolo e De-Cristoforis. » 334
Risposta del dott. Bozzolo all' Illustritsimo signor dott. Verga. » 341

Varietà.

Il Codice farmaceutico internazionale. — Programma di una geografia e statistica medica dell'Italia. — Nuove disposizioni della legge sull' insegnamento e sugli esami universitari. — L'età legale. — Associazione medica italiana. — 2.ª Seduta del Consiglio superiore dell'associazione nazionale dei medici condotti. — Società Fiorentina di soccorso agli Asfissiati. — Concorsi. — Premii aggiudicati. — Nomine ed onorificenze. — Annunzi bibliografici. — Beneficenza. — Legato Versari. . . . . » 359

Ai signori Associati.

Si pregano coloro che non hanno ancora soddisfatto l'abbonamento a questo Giornale a voler farlo sollecitamente, e ciò a scanso di eccitamenti personali dispiacenti tanto per chi li fà, come per chi li riceve.

Milano, settembre 1875. **L' Amministrazione.**